

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2009-2010

Thèse N°.....

Occlusions intestinales aiguës dans
le service de Chirurgie
au CHU du Point G

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie
Par **M. Moussa Sacko**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	PR. Djibril Sangaré
Membres du jury:	Dr. Sékou Koumaré
Co-directeur de thèse :	Dr. Adama Koita
Directeur de thèse :	Pr. Zimogo Zié Sanogo

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A Allah, le Tout Puissant, le très Miséricordieux, « Gloire à Toi ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris »

A son prophète Mohamed S A W:

Que les bénédictions et la paix de DIEU soient sur lui.

« Apprend du berceau jusqu'à la tombe » tel était une de tes paroles qui nous a donné le goût de l'apprentissage. Nous te témoignons notre respect et notre gratitude pour ce que tu as fait pour l'humanité.

A mon père Ibrahima Sacko

En bon père, tu t'es toujours battu pour notre avenir, pour que nous puissions aller à l'école afin d'étudier. Tu as su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu as été toujours présent pour nous en ne ménageant aucun effort, aucun sacrifice pour que nous puissions bénéficier de la meilleure éducation. Puisse Dieu te bénir, t'accorder une bonne santé, beaucoup de bonheur et te donner une longue vie. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Encore merci.

A ma mère Kadidia Samaké

Par ton courage, ta sagesse et ton dévouement, tu nous as entouré d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté consolation et réconfort. Mère irréprochable, tu n'as jamais cessé un instant de te soucier de notre avenir par tes multiples conseils surtout par tes bénédictions. Les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as enduré pour nous élever. Tu as su nous inculquer les valeurs et les

règles de la bonne conduite, de la dignité, de la sagesse et du respect de l'être humain. Ce modeste travail est le fruit des sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien être. Que Dieu le tout puissant t'accorde une bonne santé, une longue vie à nos côtés pendant longtemps. Amen !

A mes tuteurs Mambé Traoré, Fanta Traoré et Famille à Banankabougou

Vous êtes tout pour moi. Si je suis à ce niveau aujourd'hui, c'est grâce à votre soutien. Vous m'avez protégé à l'ombre de vos ailes pour que mes études ne souffrent d'aucun aléa. Je suis très fier de l'éducation que j'ai reçue de vous.

Pardonnez –moi, s'il m'est arrivé un jour de vous décevoir sans le savoir. Je vous serai toujours reconnaissant.

Merci pour l'amour sans faille et Dieu saura vous récompenser au delà de toute espérance. Amen !

A mon grand frère Tiony Sacko, sa femme Sadio Ina Traoré et leur fils Abdoul Karim Sacko.

Merci pour votre affection, votre soutien financier et de votre soutien tout au long de mes études. Vos conseils et vos encouragements m'ont beaucoup servis au cours de ce travail. Trouver ici l'expression de mon profond attachement. Puisse Dieu vous donner une meilleure santé et vous maintenir à nos côtés pendant longtemps.

REMERCIEMENTS

A mes grands parents, tantes, oncles, frères, sœurs, cousins et cousines :

Une tendre complicité nous a toujours liés. Vous n'avez jamais cessé de me témoigner votre amour. Puisse ce travail vous servir d'exemple et que le seigneur nous donne la chance d'être éternellement unis.

Puisse l'**Eternel** nous unir chaque jour davantage.

Au Pr Yena Sadio, Dr Kamissoko Awa Samaké, Dr Keita Soumaila, Dr Koumaré Sékou, Dr Daou, Dr Sankaré.

Merci pour tous vos conseils, votre attention et la rigueur scientifique, indispensable pour notre carrière.

Soyez assuré de notre immense admiration et tout notre respect.

A Dr Jérôme Dékoro Dakouo directeur de l'hôpital de Tombouctou :

Merci pour votre confiance en moi.

AUX FAMILLES :

- Traoré à Banankabougou (Vieux, Abou, Papus) ;
- Cissoko à Ouélessebouougou ;
- Sangaré à Darsalam ;
- Yattara à Baguineda ;
- Lassine Coulibaly et sa femme Hélène Camara à Koulouba ;
- Koita à Banankabougou ;
- Sylla à Banankabougou ;
- Mohamed Dolo, sa femme et ses enfants à Tombouctou.

Plus que « **diatigui** » vous avez été tous pour mes camarades et moi des parents.

Merci encore pour tout ce que vous avez fait pour l'enfant d'autrui ; ALLAH seul pourra vous récompenser.

A tout le personnel du service de chirurgie A CHU du point G.

Pour votre disponibilité et constante sollicitude ainsi que pour votre savoir que vous avez bien voulu me transmettre.

A mes amis, collègues et camarades :

Moussa Mambé Traoré, Hamadi Arama, Issa Coulibaly, Bakari Traoré, Domo Tembely, Amadou Koita, Ababacar Abdoulaye Traoré, Lamine Gaoussou Camara, Soumaila Diallo, Malick Dramé, Bourama Guindo, Raymond K Magassa, Drissa Samaké, Mohamed Konaté, Sidy Tounkara, Ibrahima Togola, Mamadou Maiga, Soumana Sylla, Yacouba T Coulibaly, Nènèfing Samaké, Ousmane Sambou Sissoko, Mamadou Sagara.

Mes amies : Niagalé Sylla, Niagalé Samaké, Assetou Mamadi Samaké, Soumba Bagayoko Sanogo Deborah.

Plus que l'amitié, c'est de la fraternité qui nous unit actuellement. Ensemble, nous avons vécu de moments de galère et de joie. Sachez que je vous aime beaucoup et je n'ai pas de mots pour vous remercier. Que Dieu nous aide à consolider notre amitié.

A tout le personnel de la clinique Lafia : Dr Cissé Boubacar, Dr Doumbia Modibo, Dr Ismaël Santara, Dr Fomba Minkoro, Dr Kiré Almamy, Dr Théra Alexis □ Dr Yiriba Diarra, Dr Koungoiba, Dr Sacko Siriki □ Dr Touré Mountaga.

A mes aînés :

Dr Keita Mariame Tièba Traoré, Dr Mallé Tenin Samaké, Dr Abdoul Aziz Yeya Maiga, Dr Diallo Abrahamane, Dr Bagayoko Issa, Dr Camara Aboubacar, Dr Sidibé Youssouf □ Sacko Oumar

A tous les étudiants en année de thèse de la Chirurgie " A "

A tout le personnel de la clinique Awa.

A Mariame Gackou en France (Evreux) :

Tu as toute ma gratitude, mes remerciements, c'est le lieu de te dire merci et te témoigner ma reconnaissance même si...

Ce travail est et restera la tienne. Ton savoir vivre, ta personnalité, ton humanisme font de toi une femme de qualité et de principe. Jamais je ne t'oublierai, que Dieu te protège.

A tous les Parents, Amis et connaissances qui ne sont pas cités ici ; c'est loin d'être un oubli, j'ai une pensée particulière à votre adresse tout en comptant sur votre bonne compréhension.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr SANGARE Djibril

Professeur titulaire en chirurgie générale;

Chef de service de la chirurgie « A » du centre hospitalier

Universitaire du Point G;

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations que nous savons nombreuses.

Homme de principe, vos qualités humaines et intellectuelles mais surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné. En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes, veuillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse

Dr. KOÏTA Adama

Maître assistant en chirurgie générale;

Praticien hospitalier

Cher Maître,

Votre abord facile, votre simplicité, votre rigueur dans le travail et votre disponibilité nous ont profondément impressionnés.

Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez retrouver ici notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Dr KOUMARE Sékou

Spécialiste en Chirurgie générale

Chargé de cours à l'institut national de formation en sciences de la santé (I.N.F.S.S)

Praticien Hospitalier

Honorable Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Vos qualités humaines mais surtout votre simplicité et votre disponibilité forcent l'admiration.

Nous gardons de vous un maître soucieux de la formation de ces élèves.

Nous vous prions d'agréer, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse

Pr SANOGO Zimogo Zié

Professeur agrégé en chirurgie générale;

Praticien hospitalier;

Cher Maître,

Nous avons eu ce privilège d'être votre étudiant. Nous avons été impressionnés par votre simplicité et la façon particulière qu'est la votre d'établir des rapports fondamentalement humains entre vous et vos élèves.

Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements.

ABBREVIATIONS

ABREVIATIONS

ASP = abdomen sans préparation
CSCOM = centre de santé communautaire
CSRef = centre de santé de référence
CVC = circulation veineuse collatérale
CHU = centre hospitalier universitaire
DES = Diplôme d'étude spécialisé
FID = fosse iliaque droite
FIG = fosse iliaque gauche
FMPOS = faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie
FOGD = fibroscopie œsogastroduodénale
H = heure
Hb = hémoglobine
Ht = hématoците
HTA = hypertension artérielle
IST = infection sexuellement transmissible
IUG = institut universitaire de gestion
J = jour
L = litre
L1, L2, L4 = vertèbres lombaires
Ldd = degré de liberté
Ml = millilitre
mm hg = millimètre de mercure
NB = Nota bene
P = probabilité
SMIG = Salaire Minimum Inter Garantie
USA = United State of America
°C = degré Celsius

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION et Objectifs	Pages
1. Introduction.....	4
2. Objectifs.....	8
II. GENERALITES	
1. Définition.....	10
2. Rappels anatomiques et Physiologiques.....	10
3. Physiopathologie.....	26
4. Etiologies.....	29
5. Diagnostic positif.....	33
6. Principes de traitement.....	45
7. Complications.....	50
III. METHODOLOGIE	
1. Cadre d'étude.....	53
3. Activités du service.....	53
4. Type d'étude.....	54
5. Phase d'étude.....	54
IV. RESULTATS	
1. Fréquence.....	57
2. Aspects sociodémographiques.....	57
3. Aspects cliniques.....	59
4. Aspects thérapeutiques.....	69
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	
1. Aspects épidémiologiques.....	78
2. Aspects cliniques.....	81
3. Aspects thérapeutiques.....	84
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
1. Conclusion.....	88
2. Recommandations.....	88
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	91
VIII. ANNEXES.....	96

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1. Introduction :

L'occlusion intestinale aiguë est caractérisée par un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif (19,24).

Il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un syndrome à causes multiples et à mécanismes variés (19,24).

Ce syndrome d'une très grande fréquence peut apparaître du premier au dernier jour de l'existence (24).

Les occlusions intestinales aiguës représentent 15 à 20 % des activités chirurgicales d'urgence, en Occident aussi bien que chez nous (28).

Elles restent une des urgences les plus fréquentes et se présentent même comme « l'urgence la plus urgente » lorsque la vitalité d'une anse étranglée est en jeu (9,19).

Elles aboutissent en règle à la mort en absence d'un geste thérapeutique urgent et efficace.

L'occlusion intestinale aiguë de par sa fréquence et sa gravité est un syndrome connu depuis la haute antiquité.

Son histoire fut marquée par un immense effort clinique et expérimental dont nous ne ferons que citer les moments décisifs.

- Avant 1800 le traitement des occlusions était pratiquement le même que celui de la constipation et s'adressait aux lavements répétés, à l'ingurgitation de mercure destiné à forcer l'obstacle, et même à des ponctions multiples de l'abdomen distendu (19).
- En 1886, Fuhr et Wessener préconisent la jéjunostomie proximale qui devient rapidement le procédé chirurgical habituel surtout pour le grêle

- En 1912, Hartwel et Hoguet montrent que la survie d'un patient en occlusion peut être prolongée par une équilibration hydro électrolytique (19).
- En 1933, les multiples incidents inhérents à la jéjunostomie conduisent WANGENSTEN à préconiser l'aspiration gastro duodénale dans le traitement des occlusions et à en faire une méthode thérapeutique désormais fondamentale qui par la suite a été améliorée par l'aspiration longue. Dès lors, tout progresse.

Partout au monde, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'étude des occlusions intestinales aiguës.

En Europe :

- En 1991, Roscher(36) RFA sur 275 cas, déplore 6% de décès.
- En 1994, Le Gamma (28) Rennes sur 157 cas déplore 7,6 % de décès.

En Afrique :

- En 1995, Attipou (6) Bénin, dans une étude rapporte une fréquence de 36,08 % d'occlusions intestinales aiguës.
- En 1996, Sourkati (40) Khartoum, sur 238 cas, déplore 19,7 % de décès.
- En 2001, Harouna (24) Niger, rapporte une fréquence de 41 % d'occlusions intestinales aiguës et déplore 14,8 % de décès.

Au Mali :

- En 1979, Konipo Fanta s'est penchée sur 'les occlusions intestinales aiguës, à propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G'
- En 1985, la thèse de Fatoumata Touré portait sur 'les problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point G.
- En 2003, Sidibé Moussa Badjan étudie les aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

- Enfin en 2006, Dongmo Alerte étudie : les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie "A" au CHU du Point G.

Nous avons jugé utile de répondre à la question de savoir quelles sont les différentes entités nosologiques d'occlusions rencontrées dans le service de Chirurgie "A" de l'hôpital du Point G et évaluer l'efficacité des techniques chirurgicales employées.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Etudier les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie " A " de l'hôpital du Point G.

8

2.1 Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer la fréquence hospitalière des occlusions intestinales aiguës dans le service Chirurgie " A " de l'hôpital du Point G.
- ✚ Décrire les aspects cliniques et para cliniques.
- ✚ Décrire les différents traitements chirurgicaux utilisés pour la prise en charge.
- ✚ Analyser les suites opératoires.

GENERALITES

II. GENERALITES

A. Définition :

L'occlusion intestinale aiguë est définie comme tout arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal. Par opposition à une sub-occlusion qui se caractérise par le caractère incomplet de l'arrêt du transit. [11]

10

B. Rappels anatomiques et physiologiques :

1. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU GRÊLE :

1.1.anatomie du grêle :

1.1.1.définition : Le grêle est un organe majeur de la digestion indispensable à la vie .Il va du pylore à la valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin) ; long de 5-7m en moyenne, il comprend 2 parties : le duodénum et le jéjuno-iléon.

1.1.2.Structure de l'intestin grêle :

De dedans en dehors on a :

- La muqueuse
- La musculuse
- La séreuse

a. LE DUODENUM :

*Situation :

Partie initiale de l'intestin grêle, il est situé entre le pylore et l'angle duodéno-jéjunal (angle de Treitz) et appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen entre L1 et L4.

*Forme et dimensions :

En forme d'anneau ouvert à gauche et en haut, ses dimensions sont :

Longueur : 20-25 cm

Diamètre : 3-4 cm

Capacité : 250 ml en moyenne

Il comprend 4 portions (supérieure, descendante, horizontale, et ascendante) délimitées par 3 angles :

- supérieure ou genu supérius ;
- inférieur droit ou genu inférius ;
- inférieure gauche ou angle duodeno-jejunal

*** Configuration interne :**

La partie médiale (interne) de la portion descendante du duodénum est le siège :

- de la papille majeure (orifice de l'ampoule de VATER)
- de la papille mineure (orifice du canal de SANTORINI)

***Moyens de fixité :**

Le duodénum est la partie la mieux fixée du tube digestif.

Il est fixé par :

- Le muscle suspenseur du duodénum ;
- Le méso colon transverse et le mésentère ;
- Des connexions au pancréas.

*** Rapports :**

Dans son ensemble : le duodénum, dans sa majeure partie entoure intimement la tête du pancréas.

Au niveau de ses portions :

 Portion supérieure ou sous-hépatique ou premier duodénum (D1) :

Oblique en arrière en haut et un peu à droite, longue de 5cm, elle a 4 faces

- Face antérieure : le foie en avant et la vésicule biliaire et le hile du foie en arrière.
- Face postérieure : L'arrière-cavité des épiploons, le pancréas, le canal cholédoque, l'artère hépatique et la veine porte.
- Face supérieure : identique à la face antérieure
- Face inférieure : le pancréas

 Portion descendante ou pré rénale ou deuxième duodénum (D2) :

Verticale, s'étend entre L1 et L4 à droite de la colonne lombaire, longue de 8 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure : le méso colon transverse la divise en deux parties : sus méso colique et sous méso colique.
- Face postérieure : la veine cave inférieure, l'artère spermatique droite, le pédicule rénal droit et l'uretère droit.
- Face externe : le foie et le côlon ascendant
- Face interne : le pancréas, le canal cholédoque, les canaux de WIRSUNG et de SANTORINI.

✚ La portion horizontale ou troisième duodénum (D3):

S'étend transversalement en avant de L4, longue de 8 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure :

Croisée par la racine du mésentère qui contient l'artère et la veine mésentériques supérieures ; elle répond au côlon droit et aux anses grêles.

- Face postérieure : Veine cave inférieure, l'aorte, l'artère mésentérique inférieure
- Face supérieure : la tête du pancréas
- Face inférieure : les anses grêles

✚ Portion ascendante ou quatrième duodénum (D4):

S'étend de L4 au disque séparant L1 et L2 à gauche de la colonne lombaire, longue de 4 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure : le côlon transverse, les anses grêles
- Face postérieure : les vaisseaux rénaux et spermatiques gauches et la gaine du psoas
- Face interne : la racine du mésentère et le pancréas
- Face externe : le rein gauche

*** Vascularisation :**

✚ Les artères :

- Artères pancréatico-duodénales supérieure et inférieure droites :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

- Artère pancréatico-duodénale inférieure gauche

✚ Les veines :

Sont satellites aux artères :

- Veine pancréatico-duodénale supérieure droite qui s'abouche dans la veine porte
- Veines pancréatico-duodénales inférieures droite et gauche qui s'abouchent dans la grande mésentérique

✚ Lymphatiques :

S'abouchent dans les ganglions duodénaux pancréatiques antérieurs et postérieurs

✚ Innervation :

- Le pneumogastrique gauche pour D1
- Ganglion semi-lunaire droit et le plexus mésentérique supérieur pour D2 et D3
- Le pneumogastrique droit et ganglion semi-lunaire gauche pour D4, la partie voisine de D3 et l'angle duodéno-jéjunal

b. LE JEJUNO-ILEON :

Partie mobile de l'intestin grêle, elle est constituée de 2 parties :

- Le jéjunum : qui occupe les 2/5 proximaux
- L'iléon : qui occupe les 3/5 distaux.

* **Situation** : Le jéjuno-iléon s'étend de l'angle duodéno-jéjunal à la valvule iléo-coecale (valvule de Bauhin) et est composé de 15 à 18 anses disposées horizontalement à gauche de l'abdomen et verticalement à droite.

* **Forme et dimensions** :

Forme tubulaire

Longueur : 4 - 6,5 m

Diamètre : 3cm à la partie proximale et 2 cm à la partie distale

*** Moyens de fixité :**

Il est fixé à la paroi abdominale postérieure par le mésentère

*** Rapports :**

Chaque anse intestinale présente :

- * 2 faces convexes en contact avec les anses intestinales voisines
- * Un bord libre convexe en rapport avec la paroi abdominale antérieure
- * Un bord adhérent concave en rapport avec la racine du mésentère

- La masse jéjuno-iléale répond :

En arrière : à la paroi abdominale postérieure et aux organes rétropéritoneaux (les gros vaisseaux prévertébraux ; reins et uretères colon ascendant et descendant)

En avant : grand épiploon et paroi abdominale antérieure.

En haut : colon transverse et mésocôlon transverse.

En bas colon iléopelvien et aux organes du petit bassin (rectum et vessie pour l'homme ; rectum, vessie, utérus et ligament large pour la femme).

À gauche : paroi latérale de l'abdomen.

À droite : caecum, côlon ascendant et la paroi.

*** Vascularisation :**

- + Artères : Les branches intestinales de la mésentérique supérieure.
- + Veines : satellites des artères, se drainent dans la grande veine mésentérique.
- + Lymphatiques : qui sortent de la paroi jéjuno-iléon sont les chylifères d'Asellius.
- + Innervation : nerfs sympathiques et parasympathiques provenant du plexus mésentérique supérieur.

N.B : PARTICULARITÉ ANATOMIQUE :

Environ 2% de la population générale portent sur leur jéjuno-iléon une petite excroissance appelée diverticule de MECKEL .Vestige du conduit vitellin, le diverticule peut imiter parfaitement une appendicite. [12]

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

1.2. PHYSIOLOGIE :

La physiologie de la digestion est l'ensemble des actes mécaniques, sécrétoires, et chimiques qui concourent à réduire les aliments à un petit nombre de corps directement absorbables et assimilables que l'on dénomme nutriments.

1.2.1 SECRETION:

Le duodénum est plus sécréteur qu'absorbant et le jéjuno-iléon plus absorbant que sécréteur.

a. Duodénum :

Se caractérise histologiquement par la présence de glandes de BRUNNER qui secrètent un suc alcalin riche en mucus. La stimulation vagale, l'ingestion de nourriture augmentent la sécrétion. La principale fonction du suc est la protection de la muqueuse du D1 contre le chyme acide provenant de l'estomac.

b. Jéjuno-iléon :

À l'inverse du suc duodéal, l'existence d'une sécrétion intestinale propre n'est pas totalement démontrée chez l'homme dans les conditions physiologiques. On a pu montrer qu'il existe dans l'intestin grêle un flux liquidien de l'ordre de $2,16 +$ ou $-1,32$ ml/min dans le jéjunum et de $1,23 +$ ou $-0,71$ ml/min dans l'iléon, mais ce liquide est la résultante de plusieurs composants : les sécrétions digestives d'amont et les mouvements bidirectionnels d'eau et d'électrolytes à travers la paroi intestinale.

1.2.2. ABSORPTION :

L'intestin grêle assure la totalité de l'absorption digestive, il est spécialement adapté à cette fonction. Les valvules conniventes et les villosités au nombre approximatif de 10 millions, portent la surface de la muqueuse à 40-50 m².

a. Les glucides :

Le glucose et le galactose (des monosaccharides) résultant de la dégradation de l'amidon et des disaccharides pénètrent dans les cellules de l'épithélium grâce à des transporteurs protéiques de la membrane plasmique, puis ils passent dans le sang des capillaires par diffusion facilitée. Le transport de ces glucides

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

est couplé à celui des ions sodium par transport actif secondaire (Co - transport). Par contre, l'absorption de fructose est indépendante de l'ATP et se fait entièrement par diffusion facilitée.

b. Les lipides :

Les sels biliaires accélèrent la digestion des lipides, et ils sont également essentiels à l'absorption des produits de leur dégradation. Dès que les produits de la digestion des lipides (les monoglycérides et les acides gras libres), insolubles dans l'eau, sont libérés par l'activité des lipases, ils s'associent aux sels biliaires et à la lécithine (un phospholipide présent dans la bile) pour former des micelles. Les micelles diffusent entre les microvillosités pour entrer en contact avec la membrane plasmique des cellules absorbantes. Les substances grasses, le cholestérol et les vitamines liposolubles quittent ensuite les micelles et, grâce à leur fort degré de liposolubilité, ils traversent la phase lipidique de la membrane plasmique par diffusion simple.

Après avoir pénétré dans les cellules absorbantes, les acides gras libres et les monoglycérides sont regroupés en triglycérides. Ceux-ci se combinent ensuite à de petites quantités de phospholipides et de cholestérol pour former des chylomicrons, qui sont hydrosolubles. Ces derniers sont ensuite traités par le complexe golgien et expulsés de la cellule. Quelques acides gras libres pénètrent dans le sang capillaire, mais les chylomicrons pénètrent d'abord dans les vaisseaux chylifères avant de rejoindre la circulation veineuse.

c. Les protides :

Les différents acides aminés produits par la digestion des protéines sont pris en charge par divers types de transporteurs. Comme dans le cas du glucose et du galactose, il y a un couplage avec le transport actif du sodium.

d- Absorption de l'eau et des électrolytes :

L'intestin grêle reçoit tous les jours environ 9 L d'eau provenant surtout des sécrétions du tube digestif. C'est la substance la plus abondante du chyme, et l'intestin grêle en absorbe 95 % par osmose (300-400 ml/heure).

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

Les électrolytes absorbés proviennent à la fois des aliments ingérés et des sécrétions gastro-intestinales. La plupart des ions sont absorbés activement tout le long de l'intestin grêle ; toutefois, l'absorption du fer et du calcium est en bonne partie restreinte au duodénum.

d. Absorption des vitamines :

- L'intestin grêle absorbe les vitamines des aliments, mais c'est le gros intestin qui absorbe une partie des vitamines K et B élaborées par ses 'hôtes', les bactéries intestinales. Les vitamines liposolubles (ADEK) se dissolvent dans les graisses alimentaires et sont absorbées par diffusion au niveau du grêle proximal. La vitamine B12 est une exception parce que c'est une molécule très grosse et chargée. Elle se lie au facteur intrinsèque produit par l'estomac ; puis le complexe vitamine B12-facteur intrinsèque se fixe aux sites spécifiques situés sur la muqueuse de l'extrémité de l'iléon, ce qui provoque son endocytose. [13, 14, 15]

2. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU COLON :

2.1. Anatomie :

2.1.1. Généralités :

a. définition :

C'est la Partie du tube digestif comprise entre la valvule iléo-colique (iléo-caecale) et le rectum

b. Disposition générale : On décrit au côlon 8 segments :

- le caecum
- le côlon ascendant
- l'angle colique droit
- le côlon transverse
- l'angle colique gauche
- le côlon descendant
- le côlon iliaque
- le côlon sigmoïde ou pelvien

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

NB : Pour le chirurgien il est surtout utile de distinguer le côlon droit et le côlon gauche. Ce sont des entités anatomiques distinctes avec leur vascularisation artérielle et veineuse propres, leur drainage lymphatique indépendant et leur innervation séparée.

c- Dimensions :

Le côlon mesure en moyenne 1,5 m :

- Le caecum = 6 cm
- Le côlon ascendant = 8-15 cm
- Le côlon transverse = 40-80 cm
- Le côlon descendant = 12 cm

*calibre : il varie et diminue du caecum à l'anus. Il est de 7-8 cm à l'orifice du côlon ascendant, de 5 cm pour le côlon transverse et de 5-3 cm pour le côlon descendant et le sigmoïde.

2.1.2. Configuration externe :

Le côlon se distingue du grêle par 4 caractères principaux :

- son calibre plus volumineux
- la présence de bandelettes longitudinales
- la présence des bosselures dans l'intervalle des bandelettes
- l'existence d'appendices épiploïques

2.1.3. Configuration interne :

Il est composé de 4 tuniques de dehors en dedans :

- tunique séreuse
- musculaire
- sous muqueuse
- muqueuse : ne présentant pas de villosités ni de valvules conniventes

2.1.4. Description et rapports :

a. LE CAECUM :

Forme : de sac ouvert en haut

Mesure : 6 cm de long et 6 – 8 cm de large

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

Situation : fosse iliaque droite

 **Rapports :**

Il a 4 faces

- face antérieure :
 - Paroi abdominale (si distendu)
 - Anses intestinales (si peu distendu)
- face postérieure
 - Les parties molles de la fosse iliaque (péritoine pariétal, couche graisseuse sous-péritonéale, muscle psoas)
- face externe :
 - En bas, les parties molles de la fosse iliaque
 - En haut, la paroi latérale de l'abdomen
- face interne :
 - Les anses grêles (terminaison du jéjuno-iléon)
 - L'appendice

NB : le caecum peut être totalement libre et être exposé au risque de volvulus, surtout si l'absence d'accolement intéresse le côlon ascendant.

b. LE CÔLON ASCENDANT ET L'ANGLE COLIQUE DROIT :

Long de 8-15 cm, il va du caecum au foie et est fixé en arrière par le fascia de TOLDT.

Un peu, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il communique avec le grêle en bas par l'orifice iléo-colique

 **Rapports :**

- Arrière :
 - Fascia de TOLDT (paroi musculaire : psoas, carré des lombes)
 - Le plexus lombaire
 - Le rein, l'uretère et les vaisseaux génitaux
- Avant :

- Les anses grêles, l'épiploon et la paroi abdominale

- interne :

- en haut parfois se poursuit l'attache du grand épiploon

L'angle colique droit est fixé par le ligament phrénicocolique droit, qui peut continuer et entrer en contact avec le foie, la vésicule biliaire et le duodénum:le

ligament cystico- duodeno-colique ou cystico-colique ou cystico colo épiploïque

REMARQUE : pour le chirurgien les rapports essentiels de l'angle colique droit sont postérieurs. Il est en fait fixé devant le bloc duodeno-pancréatique et par l'intermédiaire du fascia.

c. LE CÔLON TRANSVERSE :

Long de 40-80 cm, il va de l'hypochondre droit à hypochondre gauche avec l'angle colique gauche toujours plus haut et plus profond que le droit.

Très mobile, le côlon transverse est fixé au niveau de ses deux angles.

✚ Rapports :

- En avant :

- La vésicule biliaire, le foie
- La paroi abdominale

- Arrière :

- Le troisième duodénum et le pancréas
- Angle duodeno-jéjunal (angle de Treitz)
- Anses jéjunales

- En haut :

- Grande courbure gastrique
- Pôle inférieur de la rate dont il est séparé par le ligament suspenseur de la rate.

d- LE CÔLON DESCENDANT : Il va de l'hypochondre gauche à la crête iliaque au niveau de laquelle il change de direction en se dirigeant en dedans pour rejoindre le muscle droit supérieur, au bord interne du psoas.

Le segment iliaque du côlon est accolé à la paroi postéro latérale.

 Rappports :

- Postérieur :

Fascias musculaire (paroi postérieure), nerveux (plexus lombaire et crural), et génito-urinaire (uretère et vaisseaux génitaux)

- Avant et en dedans : les anses grêles

- Dehors : muscle large de la paroi

e- COLON SIGMOÏDE :

Long de 40 cm. Habituellement mobile, il peut être plus court et presque fixé au niveau du promontoire. Il descend plus ou moins en bas dans le cul-de-sac de DOUGLAS entre le rectum et la vessie chez l'homme ou rectum et organes génitaux chez la femme.

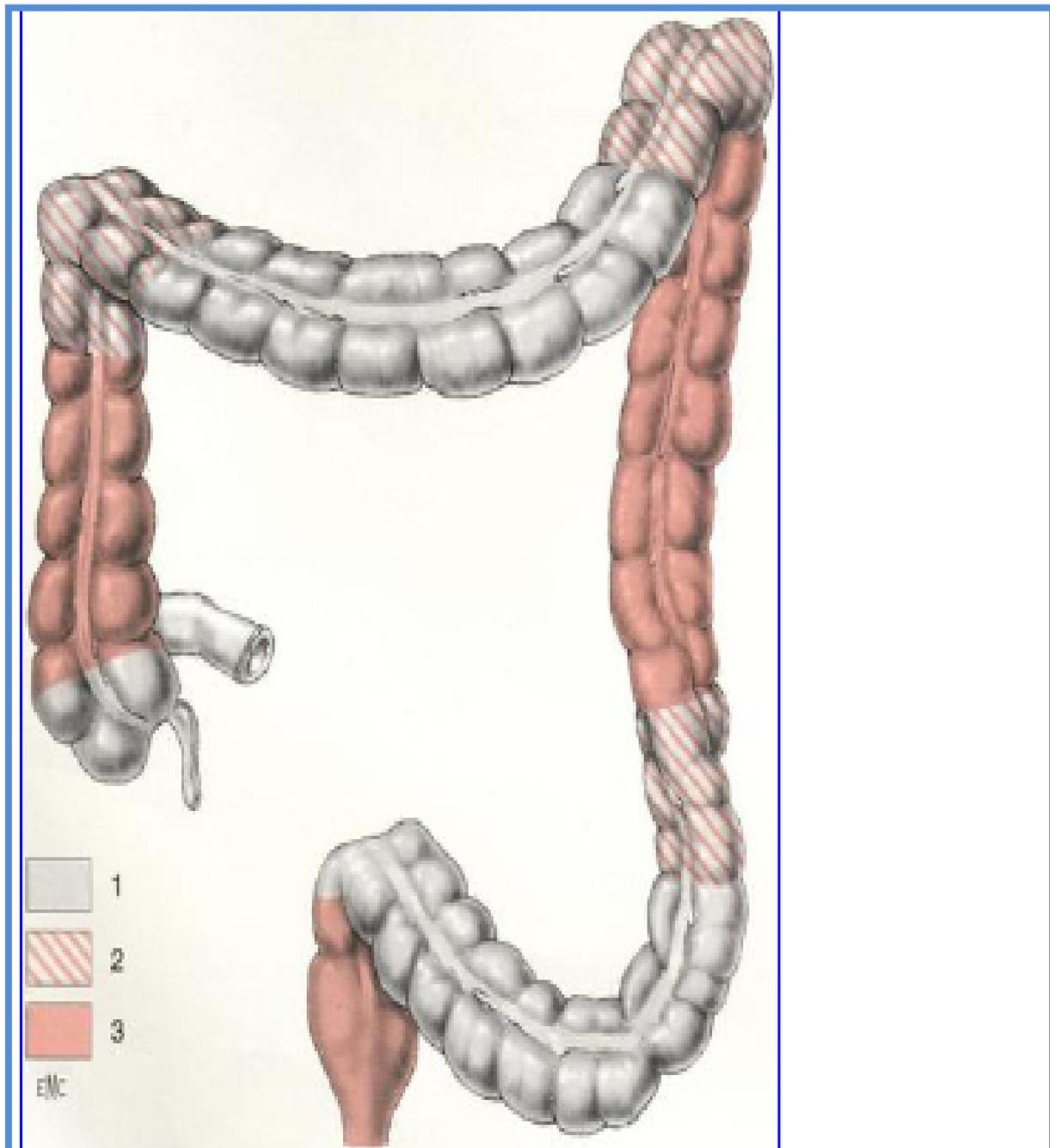


Fig 6:

Les zones fixes (colon accolé) (3), s'opposent aux zones mobiles (colonne flottante) (1). Des zones charnières (angles coliques et colon iliaque) (2) les séparent.

FIGURE 1 : [16]

Haut
↑
Gauche →

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" CHU du Point G

2.1.5- vascularisation :

a- vascularisation du colon droit :

✚ Les artères :

Elles viennent de l'artère mésentérique supérieure ce sont :

- l'artère colique ascendante
- l'artère colique droite ou de l'angle droit
- une artère intermédiaire (inconstante)
- l'artère colique moyenne (colica media)

✚ Les veines coliques droites :

Elles suivent les axes artériels pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure, à son bord droit.

Remarque : La veine colique droite peut s'unir à la veine gastro-épiploïque droite et la veine pancréatico-duodénale supérieure et antérieure pour former le tronc veineux gastro-colique (tronc de Henlé)

✚ Les lymphatiques:

Elles se répartissent en cinq groupes et suivent les pédicules artérioveineux. Ce sont les groupes :

- épi-colique ;
- paracolique ;
- intermédiaire (le long des pédicules) ;
- principal (à l'origine) ;
- groupe central (péri-aortico-cave, à la face postérieure de la tête pancréatique).

b- Vascularisation du côlon gauche

✚ Les artères coliques gauches :

Elles viennent de la mésentérique inférieure, ce sont :

- l'artère colique gauche (artère de l'angle gauche);
- les artères sigmoïdiennes, au nombre de trois, qui peuvent naître d'un tronc commun (branche de la mésentérique) ou isolément à partir de celui-ci

- ✚ Les veines coliques gauches : elles suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants.
- ✚ Les lymphatiques : ont également la même topographie qu'à droite
- ✚ Innervation du colon (droit et gauche):

L'innervation autonome du côlon provient d'un réseau pré aortique complexe.

Les ganglions forment deux plexus :

- Le plexus mésentérique crânial (supérieur), destiné à l'innervation du côlon droit et qui est disposé autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure.
- Les ganglions du plexus mésentérique inférieur qui sont destinés au côlon gauche et sont disposés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

Entre les deux plexus se situe un riche réseau anastomotique : le plexus inter mésentérique. [16]

2.2- PHYSIOLOGIE DU côlon :

2.2.1 –Fonction :

Le côlon contribue à trois fonctions importantes de l'organisme :

- la concentration des matières fécales par absorption d'eau et d'électrolytes,
- l'entreposage et l'évacuation maîtrisée des selles,
- la digestion et l'absorption des aliments non encore digérés.

Sur le plan fonctionnel, le côlon peut être divisé en deux parties :

- Dans sa partie proximale (caecum, côlon ascendant et 1re moitié du côlon transverse) joue un rôle majeur dans la résorption de l'eau et des électrolytes,
- Dans sa partie distale (2e moitié du côlon transverse, côlon descendant, côlon sigmoïde et rectum) intervient surtout dans l'entreposage et l'évacuation des selles.

2.2.2- Absorption et sécrétion :

Le côlon absorbe l'eau très efficacement. Dans des conditions physiologiques normales, environ 1,5 L de liquide pénètre chaque jour dans le côlon, mais de 100 à 200 mL seulement sont excrétés dans les selles. La capacité maximale d'absorption du côlon est d'environ 4,5 L par jour, de sorte qu'une diarrhée

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

(augmentation de la quantité de liquide dans les selles) ne surviendra que si le débit iléo-caecal excède la capacité d'absorption ou que la muqueuse colique elle-même sécrète du liquide. La caractéristique fondamentale du transport des électrolytes dans le côlon qui permet cette absorption efficace de l'eau est la capacité de la muqueuse colique de produire un important gradient osmotique entre la lumière intestinale et l'espace intercellulaire plus l'effet de l'aldostérone.

Le gros intestin sécrète du mucus qui facilite le passage des matières fécales.

2.2.3 - Digestion et absorption de produits alimentaires non digérés :

La flore bactérienne du gros intestin assure la fermentation de divers glucides indigestibles (cellulose et autres) tout en produisant des acides irritants et un mélange de gaz. Certains de ces gaz (comme le sulfure de diméthyl) sont très odorants. Environ 500 mL de gaz (flatuosités) sont produits chaque jour, et parfois beaucoup plus lorsque les aliments ingérés (comme les haricots) sont riches en glucides. La flore bactérienne synthétise aussi les vitamines du groupe B et la plus grande partie de la vitamine K dont le foie a besoin pour synthétiser certains facteurs de coagulation.

2.2.4- Motilité du côlon :

Une analyse poussée de la motricité du côlon montre qu'il existe 4 formes de mouvements :

- le type I, qui est l'équivalent du mouvement pendulaire de l'intestin grêle est sans effet propulseur. Ces mouvements brassent les matières dans le caecum et le côlon proximal.
- les contractions de type II sont plus espacées et plus énergiques ; elles se propagent de part et d'autre à quelque distance du point où elles prennent naissance ; leur rôle est d'épandre le contenu intestinal sur la muqueuse afin de favoriser la résorption d'eau.

- le type III consiste en variations lentes du tonus de la musculature, sur lesquelles se greffent les mouvements de types I et II. Ce mouvement a un effet propulseur des matières vers le rectum.
- le type IV est spécial au gros intestin ; c'est une contraction puissante, en masse, de segments étendus du côlon dont elle exprime le contenu [13, 14,15].

2.3. MECANISME :

L'agent occlusif peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale.

Les occlusions mécaniques, les plus fréquentes au niveau du côlon, peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique, soit d'une strangulation engendrant une ischémie intestinale [17, 18].

C- PHYSIOPATHOLOGIE :

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

1- Distension intestinale :

La distension de l'intestin grêle représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant. Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

2- Troubles de la microcirculation :

La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. La distension intestinale croissante provoque la diminution progressive de la pression partielle d'oxygène de la paroi intestinale, d'où une carence énergétique de cette paroi avec une paralysie de la couche musculaire lisse, aggravant d'autant la distension initiale. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va produire un oedème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

L'intestin altéré par l'hypoxie et la protéolyse intracellulaire va produire un facteur myocardo-dépressif, occasionnant la diminution de la contractilité du muscle myocardique, et provoquer une vasoconstriction dans le territoire splanchnique ce qui accroît d'autant l'hypoxie intestinale.

3- Altération des secteurs hydriques de l'organisme :

Dans des conditions physiologiques, le tractus gastro-intestinal produit 5 à 6 L de sécrétions digestives par 24 h, 90 % d'entre elles étant réabsorbées. Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes " pertes " de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale. L'adulte présentant une grande surface péritonéale, la déperdition liquidienne serait de l'ordre de 4 L pour un oedème du péritoine dont l'épaisseur augmenterait de 2 mm. Une distension ultérieure de l'intestin entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit cardiaque. Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un " troisième secteur " liquidien constitué aux dépens de la masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle. Concernant l'équilibre acido-basique et électrolytique, il est à souligner qu'il s'agit, surtout dans les cas d'occlusion haute avec vomissements incoercibles, d'une acidose hypokaliémique et hypochlorémique. [19]

N.B : Dans les strangulations (volvulus d'une anse, invagination...), à l'occlusion de l'intestin s'ajoute celle des minces parois des veines de son méso. Leur drainage se fait mal ou pas du tout, ce qui empêche le sang artériel de circuler et favorise la nécrose intestinale ischémique. Le retentissement physiopathologique de cet état ajoutera aux trois facteurs précédents deux autres éléments :

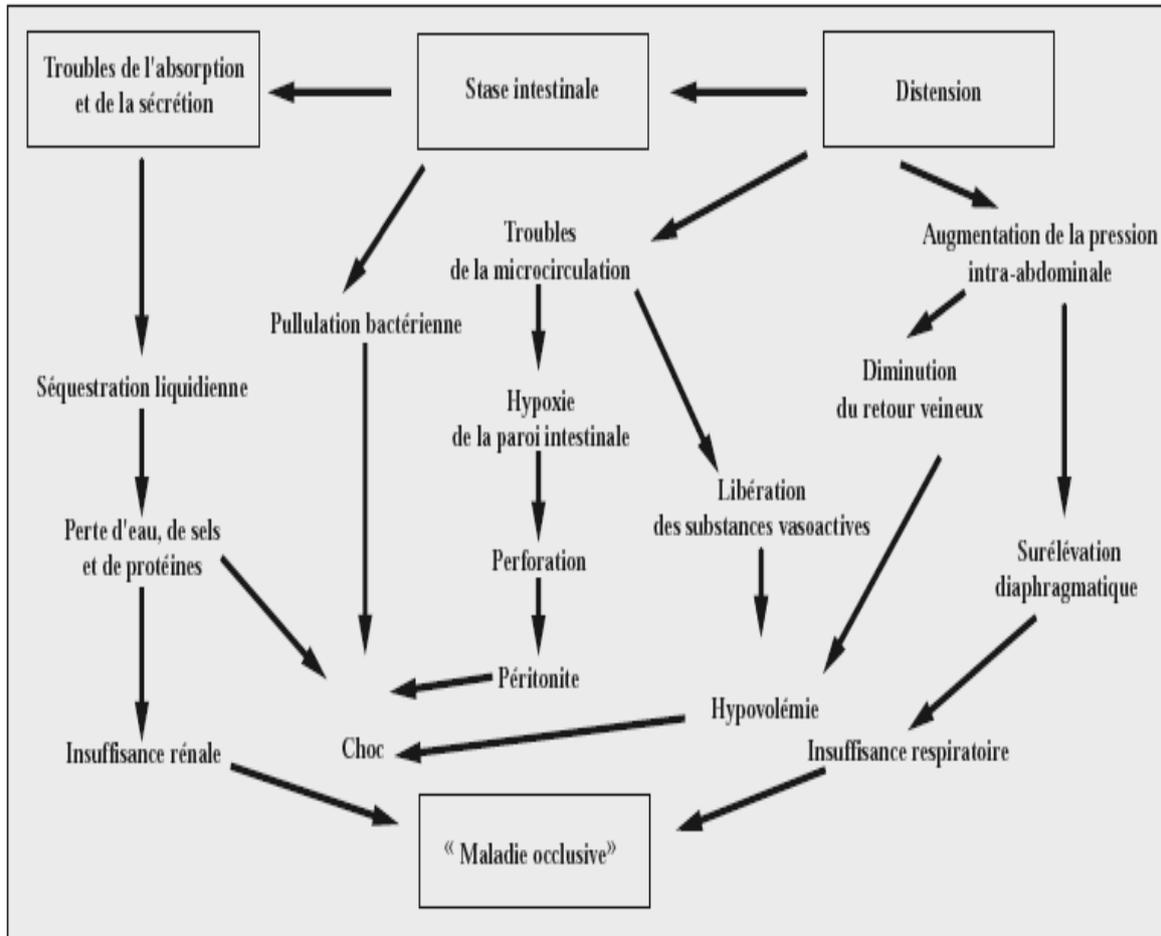
- une aggravation de la chute de la masse sanguine par séquestration de sang dans le territoire veineux étranglé ;

- une menace de péritonite, par exsudation microbienne hors de l'anse étranglée, ou par inondation de liquide intestinal lors d'une perforation par distension ou d'un sphacèle.

Ces facteurs retentissent :

- sur le sang circulant : hypovolémie, hypoprotidémie, hémococoncentration, effondrement des électrolytes, tous facteurs de choc ;

- sur les cellules et les espaces extra-cellulaires. [11]



Physiopathologie de l'occlusion intestinale.

Figure 2 [19]

D- ETIOLOGIES :

1- Les occlusions du grêle :

Du point de vue étiologique, 2 groupes d'occlusions doivent être décrits : celles mécaniques déterminées par un obstacle à la progression du contenu intestinal et les occlusions non organiques ou fonctionnelles, caractérisées par une paralysie intestinale réflexe.

a -principales étiologies des occlusions mécaniques du grêle :

Il faut distinguer les occlusions par obstruction et celles par strangulation. Dans le premier cas, sont réunies toutes les situations qui ne comportent qu'une souffrance vasculaire tardive de l'intestin, alors que dans le deuxième groupe, la

présence de troubles de la circulation intestinale comporte une évolution plus rapide et péjorative. L'occlusion mécanique touche l'intestin grêle dans 70 à 80 % des cas. Ce segment intestinal étant particulièrement mobile avec de longs pédicules vasculaires, la probabilité d'un iléus mécanique par étranglement est élevée.

- Occlusion mécanique par obstruction :

Une classification étiologique simple rend compte de la position de l'obstacle par rapport à la lumière intestinale ; c'est ainsi que l'on pourra distinguer les causes extraluminales occasionnant une compression extrinsèque, les maladies de la paroi du viscère entraînant un rétrécissement, et les obstructions intraluminales qui empêchent la progression du contenu de l'intestin.

- Occlusion intestinale par strangulation :

Il s'agit d'une occlusion avec participation vasculaire pouvant aboutir à terme à la nécrose viscérale ce qui la distingue de l'obstruction mécanique par obstruction.

- Occlusions fonctionnelles :

L'occlusion fonctionnelle ou iléus paralytique ne constitue pas en tant que tel une entité nosologique mais représente une réponse paralytique du tractus gastro-intestinal à différentes affections organiques, inflammatoires ou métaboliques. Pour cette raison, une distinction précise entre les différentes causes pathogènes n'est guère possible dans la mesure où plusieurs phénomènes se conjuguent dans le développement d'un iléus paralytique. [19]

TABLEAU I : Classification des occlusions intestinales [19].

TABLEAU	
Classification des occlusions intestinales	
Occlusion mécanique	
Par obstruction <ul style="list-style-type: none"> • extraluminale <ul style="list-style-type: none"> brides - adhérences tumeur abdominale • paroi du viscère <ul style="list-style-type: none"> atrésies maladies inflammatoires tumeur • intraluminale <ul style="list-style-type: none"> corps étrangers phytobézoards iléus biliaire 	Par étranglement <ul style="list-style-type: none"> hernie étranglée volvulus invagination
Occlusion fonctionnelle	
Paralytique <ul style="list-style-type: none"> inflammatoire infectieux troubles métaboliques 	

2- Occlusions du colon :

Les occlusions coliques peuvent se diviser en occlusions mécanique (soit par obstruction, soit par strangulation) et fonctionnelle, auxquelles on peut associer les pseudo-obstructions tel le syndrome d'Ogilvie.

Les principales étiologies des occlusions coliques sont :

- a- Cancers coliques
- b- Sigmoidites
- c-Volvulus colique
- c-Syndrome d'Ogilvie
- d- Ectasie inflammatoire aigue du colon :

Au cours des maladies inflammatoires (Crohn, Rectocolite ulcéro-hémorragique), le mégacolon toxique est caractérisé par l'association d'une dilatation aiguë de tout ou partie du colon et d'un syndrome septique.

L'abdomen sans préparation montre une distension colique prédominant sur le colon droit et transverse, associée parfois à une distension iléale [17].

TABLEAU II : Etiologies des occlusions intestinales [17].

<ul style="list-style-type: none">• Occlusions mécaniques<ul style="list-style-type: none">– Par obstruction<ul style="list-style-type: none"><u>a) intrinsèque :</u><ul style="list-style-type: none">. cancer. sigmoïdite. fécalome<u>b) extrinsèque :</u><ul style="list-style-type: none">. tumeurs de voisinage– Par strangulation<ul style="list-style-type: none">. volvulus du côlon pelvien. volvulus du côlon droit• Occlusion fonctionnelles<ul style="list-style-type: none">– Maladies inflammatoires<ul style="list-style-type: none">. maladie de Crohn. rectocolite ulcéro-hémorragique– Causes médicamenteuses<ul style="list-style-type: none">. antidépresseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens. analgésiques, opiacés. diurétiques. hypotenseurs. mucilages• Pseudo-obstructions<ul style="list-style-type: none">– Syndrome d'Ogilvie

E- DIAGNOSTIC POSITIF:

1- Anamnèse:

Premier temps de l'observation, elle permet de préciser les notions de :

-Opérations antérieures

-Signes en faveur d'une affection maligne : perte de poids, modification du type habituel des exonérations

-Prise de médicaments : laxatifs, antidépresseurs, antiparkinsoniens

-Affections métaboliques : diabète, urémie [20].

-« Carré de tradition » de l'occlusion : composé de douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz, et météorisme. Il est très souvent incomplet ; dans ce cas un syndrome minimum à base de douleurs abdominales et d'arrêt des gaz devrait suffire à sonner l'alerte.

- La douleur :

à début brutal ou progressif et d'intensité variable, c'est un signe caractéristique qui évolue le plus souvent par crises de colique intermittente dont les paroxysmes douloureux sont séparés par des phases d'accalmie relative marquées par un fond douloureux permanent .ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.

N.B : parfois faibles (donc trompeuses) chez le vieillard, les crises douloureuses peuvent prendre un aspect d'état de mal douloureux en cas de Strangulation.

- Vomissements : Classiques mais non caractéristiques, ils sont plus ou moins précoces et abondants, alimentaires, bilieux voire fécaloïdes suivant le siège (haut ou bas) de l'obstacle.

- Arrêt des gaz : signe le plus constant, il est également le plus important et le plus précoce (premières heures)

- Arrêt des matières

2- Signes généraux :

Selon le mécanisme et le siège de l'obstacle, l'état général est différemment atteint. Tantôt parfaitement conservé, il peut être doublement atteint sur les plans anatomique (distension et menace de sphacèle intestinal) et biologique (déséquilibre hydroélectrolytique dû en particulier aux vomissements). Ici, l'évaluation de l'état général repose donc sur l'appréciation :

- du faciès
- des signes de déshydratation : soif, pli cutané, poids, tension artérielle, pouls, diurèse.
- des signes de choc (toxi-infectieux)

3- Signes physiques :

A l'inspection : On note :

-le ballonnement abdominal avec météorisme et précise son caractère : généralisé ou localisé .Il est médian et diffus (voussure épigastrique) dans les occlusions du grêle, en cadre dans celles par atteinte du sigmoïde et partiel et asymétrique en cas de volvulus du colon. En cas d'occlusion haute du grêle le météorisme est absent.

-l'existence éventuelle de mouvements péristaltiques de l'intestin évoluant par reptation sous la paroi abdominale de manière spontanée ou provoquée par une chiquenaude .Ces mouvements traduisent la lutte contre l'obstacle en cas d'obstruction. A contrario, on peut noter une inertie de l'intestin dilaté fréquemment en cas de strangulation.

-l'existence d'une éventuelle cicatrice de laparotomie abdominale.

A la palpation :

Elle note une résistance élastique de la paroi, parfois un durcissement intermittent correspondant à une vague de distension de l'intestin d'amont.

Elle contrôle l'absence de contracture pariétale (dans certains cas il peut exister une défense)

Elle trouve parfois un point douloureux fixe de bonne valeur localisatrice.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

Elle vérifie les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

A la percussion :

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé.

A l'auscultation :

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir des bruits hydroaériques (borborygmes) traduisant la lutte contre un obstacle ou au contraire un silence anormal dit « sépulcral » signant un iléus paralytique, voire des tintements métalliques en cas d'iléus mécanique.

Les touchers pelviens :

-le toucher rectal vérifie la liberté ou non du cul de sac de Douglas ; la vacuité ou non de l'ampoule rectale ainsi que l'existence ou non d'une tumeur obstruant ou comprimant l'intestin.

-Chez la femme le toucher vaginal vérifie l'état de l'appareil génital.

4- Examens paracliniques :

a- radiologie :

C'est un temps essentiel, susceptible d'affirmer ou de redresser le diagnostic clinique, de préciser le siège et le mécanisme de l'occlusion [11].

Elle comporte :

✚ Abdomen sans préparation :

C'est la radiographie de l'abdomen sans préparation pratiquée de face et debout, centrée sur les coupes, qui est l'examen essentiel. Lorsque le patient est âgé ou ne peut se tenir debout, l'abdomen sans préparation de face et en décubitus latéral permet également de voir les niveaux hydro-aériques, image radiologique qui confirmera le diagnostic d'occlusion. Elle traduit la présence de liquide surmonté par l'air en position debout. Il s'agit d'une opacité liquidienne surmontée d'une clarté.

-Dans les occlusions du grêle :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

Les niveaux sont plus larges que hauts, habituellement nombreux et centraux. Il faudra rechercher attentivement des signes de perforation intestinale (présence d'un pneumopéritoine) en particulier dans les occlusions par strangulation (signe en fait rarement retrouvé) et des signes pathognomoniques de certaines affections ; l'iléus biliaire est ainsi responsable d'une aérobie visible sur le cliché d'abdomen sans préparation et d'une image de calcul [19].

** Quelques images du service de chirurgie A :*



FIGURE 1



FIGURE 2

Radiographies de l'abdomen sans préparation debout de face

- Dans les occlusions du colon :

L'abdomen sans préparation (cliché : face, debout) objective des niveaux hydro-aériques, peu nombreux, plus hauts que larges, en cadre et périphériques. Il permet également la mesure du diamètre caecal, témoin important de la distension colique, surtout si la valvule de Bauhin semble continente. Il faudra également rechercher un pneumopéritoine, témoin d'une perforation tumorale diastatique (2 à 5% des cas) [17].

* Quelques images de la chirurgie A :



Figure 3



Figure4



FIGURE 5



FIGURE 6

**FIGURE 7****FIGURE 8**

Radiographies de l'abdomen sans préparation debout de face

- Dans les occlusions fonctionnelles :

Le diagnostic d'iléus paralytique est radiologique. Il se caractérise par une forte prédominance des images gazeuses par rapport aux images hydro-aériques, par le caractère modéré de la dilatation intestinale, et surtout par le caractère global de l'occlusion qui intéresse, sans niveau de changement de calibre, le grêle en totalité et le colon [18].

Tomodensitométrie :

L'examen tomodensitométrique fait en urgence complète de manière utile les données de l'abdomen sans préparation. Cet examen doit être sensibilisé par l'injection intraveineuse de produits iodés qui rehaussent les contrastes, en l'absence d'antécédents allergiques.

Il permet :

- De confirmer l'occlusion en retrouvant les images de niveaux hydro-aériques vues à l'abdomen sans préparation ;
- D'apprécier sa gravité en visualisant un pneumopéritoine avec une sensibilité nettement supérieure à celle de l'abdomen sans préparation en mettant en

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

évidence un épaissement des parois du grêle et un épanchement intra-abdominal ;

- De localiser le niveau de l'occlusion sur le grêle ou sur le colon;
- De suspecter l'étiologie en pouvant visualiser une cause extraluminale telle qu'une tumeur, une cause pariétale, une tumeur bénigne ou maligne du grêle ou encore intraluminale tel un calcul biliaire.

39

Autres radiographies :

Les autres radiographies sont fonction du contexte étiologique ; il s'agit essentiellement :

- d'une échographie abdominale
- d'une artériographie mésentérique
- l'opacification colique rétrograde aux hydrosolubles

Examens biologiques :

Les examens faits en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin avec urémie, créatininémie, amylasémie, crase sanguine) sont utiles pour apprécier le retentissement général de l'occlusion et peuvent être nécessaires à l'anesthésiste si une intervention chirurgicale doit être décidée [19].

TABLEAU III : Modifications biologiques observées en cas d'occlusion [21].

Analyses	Normal	Stade précoce	Stade tardif
Hématocrite	45%	↑ ou ↑	↑
Protides	70 g/l	= ou ↑	↓
Urée	2,5- 7,4 mmol/l	= ou ↑	↑↑
pH	7,38 +/- 0,02	↑	↓↓
Na +	140+/-2 mmol/l	= ou ↓	= ou ↓↓
K +	4,3+/- 0,5 mmol/l	↓	↑↑
Cl -	100+/- 5 mmol/l	↓	↓↓
Co3H-	25-27mmol/l	↑	↓↓
Urée (urines)	250-500 mmol/l	= ou ↓	↓↓
Na (urines)	130-200	↓	↓↓
K (urines)	50-100	↓	↓↓

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

F- FORMES CLINIQUES :

1-en fonction du siège : on distingue les occlusions du grêle et celles du colon.

TABLEAU IV : diagnostic du niveau de l'occlusion.

Signes	Grêle	Côlon
Douleur	Intense	Moins importante
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt du transit	Tardif (au début: faux transit par vidange du segment distal)	Précoce
Etat général	Déshydratation rapide	Conservé au début
Météorisme	Central	Périphérique en cadre
Douleur provoquée	En cas de souffrance de l'anse	Idem
A .S. P.	Niveaux plus larges que hauts, centraux, absence d'air dans le colon Haustrations allant d'un bord à l'autre des anses	Niveaux plus hauts que larges, air dans le côlon en amont de l'obstacle Haustrations ne rejoignant pas les 2 bords

2- En fonction du mécanisme :

Il faut distinguer les occlusions mécaniques, qui forment 2 groupes (par strangulation et par obstruction), et les occlusions fonctionnelles.

TABLEAU V: diagnostic du mécanisme de l'occlusion.

Signes	Strangulation	Obstruction
D o u l e u r	Intense et constante	Moins importante, paroxystique
Déshydratation	Rapide	Plus tardive
Météorisme	Peu visible, parfois anse palpable	Visible avec ondulations péristaltiques
Douleur provoquée	Constante, souffrance de l'anse	Rare
Bruits hydro-aérique	Absents	Abondants
A . S . P.	Niveau liquide parfois unique	Niveaux liquides nombreux

- Occlusions fonctionnelles :

Elles peuvent être dues à une atonie intestinale ou à un iléus réflexe au cours de nombreuses affections médicales ou chirurgicales. Dans le cas d'une atonie intestinale pure, les douleurs sont modérées voire absentes et c'est surtout le météorisme important qui inquiète le patient. Il y a rarement des signes de souffrance intestinale (sauf au niveau du caecum s'il est trop dilaté) et les bruits hydro-aériques sont diminués voire absents. Sur l'abdomen sans préparation, la distension gazeuse atteint le plus souvent le grêle et le colon de façon globale.

Quant aux occlusions inflammatoires qui ont une participation fonctionnelle liée à un foyer infectieux et une cause mécanique, elles rajoutent au syndrome occlusif un tableau infectieux comme en attestent la fièvre et l'hyperleucocytose à polynucléaires : elles s'observent au cours d'un abcès appendiculaire, vésiculaire ou gynécologique, voire d'une péritonite ou d'une pancréatite aigue [19].

3- En fonction de l'étiologie et de l'âge :

TABLEAU VI: Causes fréquentes de l'occlusion en fonction de l'âge [20].

Atrésie intestinale	X											
Sténose intestinale	X											
Iléus méconial	X											
Mégacôlon congénital	X	x										
Pancréas annulaire	X	x										
Duplication intestinale	X	x										
Sténose pylorique hypertrophique	X	x										
Maladie de hirschprung	X	x	x									
Invagination idiopathique		x	x									
Diverticule de Meckel												
Ascariidose			x	X								
Corps étranger			x	X								
Adhérences			x	X	X	X	x	x	X	X	x	X
Brides			x	X	x	X	x	x	X	X	x	X
Etranglement herniaire		x	x	X	X	X	x	x	X	X	x	X
Maladie de Crohn				X	X	X	x	x	X			
Colite ulcéreuse							x	x	X			
Volvulus					X	X	x	x				
Cancer du côlon							x	x	X	X	x	X
Sténose après diverticulite								x	X	X	x	X
Infarctus de mésentère								x	X	X	x	X
Iléus biliaire									X	X	x	X
Coprostase								x	X	X	x	X
Age en années	Périnatal	1	5	10	20	30	40	50	60	70	80	90

G- PRINCIPES DE TRAITEMENT:

Les données de la physiopathologie expliquent les principes thérapeutiques. Si le traitement médical permet une équilibration hydro-électrolytique et une décompression intestinale, le traitement chirurgical vise à supprimer l'obstacle et à pratiquer l'exérèse des segments intestinaux dévitalisés ou ceux responsables de l'occlusion.

45

1- Traitement médical :

Il est débuté rapidement tout en sachant qu'il ne doit en aucune manière retarder l'acte chirurgical notamment dans les cas d'occlusion du grêle par strangulation.

1-Antalgiques antispasmodiques :

La douleur peut aggraver le choc. Toutefois, l'emploi d'antalgiques du tableau B est à proscrire. Il convient de prescrire des antispasmodiques par voie intraveineuse ou intramusculaire. Ces médicaments soulagent le patient et ne masquent pas la symptomatologie clinique.

- Rééquilibration hydro-électrolytique et hémodynamique :

Elle constitue l'élément essentiel du traitement médical s'agissant de corriger la séquestration liquidienne dans le tube digestif (" troisième secteur "). Ce traitement peut être suffisant dans les occlusions sur adhérences, vues précocement et sans signe de souffrance intestinale. Cette rééquilibration se base sur des éléments cliniques : durée d'évolution de l'occlusion, intensité de la déshydratation (soif, pli cutané, débit et densité urinaires, retentissement circulatoire, pression artérielle, fréquence cardiaque) et sur des éléments biologiques (ionogramme). La mise en place d'une sonde urinaire à demeure est utile pour contrôler le débit urinaire. La pose d'un cathéter veineux central peut être indiquée ce qui permet de mesurer la pression veineuse centrale. Dans les occlusions sévères avec hypovolémie marquée, un apport de grosses molécules visant à augmenter la pression oncotique est nécessaire.

- Aspiration digestive :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

Elle lutte contre la distension intestinale et diminue de ce fait la stase veineuse qui aggrave d'autant la souffrance de l'intestin occlus. Les modèles de sonde sont nombreux ; la sonde est habituellement positionnée dans l'estomac bien que certaines, plus longues et lestées, permettent une aspiration intestinale plus proche de l'obstacle ; elles sont en pratique peu employées. L'aspiration du liquide intestinal et gastrique supprime les vomissements, quantifie la spoliation et précise les prescriptions hydro-électrolytiques.

- Antibiothérapie :

L'administration d'antibiotiques peut retarder l'heure de la chirurgie ; elle doit être évitée avant d'avoir affirmé le diagnostic. Par contre, l'antibiothérapie péri-opératoire (débutée à l'induction anesthésique) diminue les complications septiques.

2- Traitement chirurgical :

-Traitement chirurgical de l'occlusion du grêle :

Le traitement chirurgical dépend de la localisation de l'occlusion, l'étiologie exacte ne pouvant pas toujours être précisée en préopératoire. Il s'efforce de déterminer la cause de l'occlusion, de la traiter et d'apprécier la vitalité du grêle occlus.

. Recherche de la cause :

L'origine de l'occlusion est habituellement affirmée par la laparotomie. Actuellement, la laparoscopie peut être utile au diagnostic ainsi qu'au traitement. Toutefois et en présence d'une forte distension intestinale, afin d'éviter le risque de perforation inhérent à l'introduction du trocart, le laparoscope est introduit dans la cavité abdominale sous contrôle de la vue.

.Traitement de la cause : Il dépend de l'origine de l'occlusion.

.brides et adhérences :

Les occlusions mécaniques du grêle sont essentiellement causées par les brides et adhérences postopératoires. Ces brides sont sectionnées et les adhérences libérées.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

Le traitement de certaines causes plus rares se fait comme suit :

.l'iléus biliaire :

Il est traité par une entérostomie avec extraction du calcul. La recherche d'un autre calcul dans le grêle est systématique. Habituellement et compte tenu du terrain souvent précaire de ces malades, la fistule cholécystoduodénale est volontairement ignorée ; une récurrence de l'iléus est observée dans moins de 5 % des cas ;

.les tumeurs du grêle :

Sont révélées dans 50 % des cas par une occlusion dont le traitement consiste en une entérectomie emportant un large éventail de mésentère; l'anastomose est habituellement réalisée d'emblée sans entérotomie de protection.

.les corps étrangers :

Représentent une cause rare d'occlusion du grêle. Une entérotomie d'extraction peut être nécessaire pour certains d'entre eux (amas de végétaux, phytobézoard ou objets avalés par des détenus ou des malades psychiatriques).

.les hématomes intramuraux du grêle :

Habituellement secondaires à un surdosage de traitement anticoagulant, sont peu fréquents et ne nécessitent qu'exceptionnellement une résection intestinale ; les lésions sont d'ordinaire spontanément régressives en 3 semaines.

- Appréciation de la vitalité du grêle :

Après avoir précisé et traité la cause de l'occlusion, il convient d'apprécier la vitalité du grêle. En effet, tout segment de grêle dévitalisé nécessite une résection intestinale avec habituellement une anastomose immédiate.

-Vidange du grêle :

La décompression du grêle par la sonde gastrique est souvent insuffisante et une vidange rétrograde peut utilement la compléter.

-Indication :

Le traitement des occlusions du grêle est initialement médical. Il permet de lever l'occlusion, d'en compléter le bilan étiologique et de permettre le cas

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

échéant d'opérer en chirurgie réglée. Mais les occlusions du grêle avec des signes de souffrance intestinale nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence visant à apprécier la vitalité intestinale. Dans ces cas, une exploration chirurgicale s'impose ; rappelons à ce propos l'intérêt de la laparoscopie qui permet de préciser l'étiologie de l'occlusion et, en cas d'une occlusion sur bride, de faire l'entérolyse [17, 19].

-Traitement chirurgical des occlusions coliques :

En l'absence de signes de gravité (syndrome septique, signes péritonéaux, volvulus) il est licite de tenter le traitement non opératoire pendant 24 à 72 heures. Mais Lorsque le diamètre cæcal est mesuré à 12 cm au moins sur l'abdomen sans préparation, l'intervention s'impose en urgence du fait du risque de perforation diastatique. Les indications opératoires tiennent compte de l'étiologie de l'occlusion.

-Occlusion par cancer colique gauche :

Selon le terrain, la vitalité cæcale et l'expérience du chirurgien, on réalise :

- une simple colostomie latérale d'amont, la résection colique avec rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps ;
- une résection première avec colostomie terminale temporaire (opération de Hartmann) et rétablissement secondaire de la continuité ;
- une colectomie gauche avec anastomose colo- rectale, protégée éventuellement par une colostomie latérale d'amont. Le lavage colique per-opératoire permet actuellement d'éviter le plus souvent la colostomie de protection.
- une colectomie totale ou subtotale avec rétablissement immédiat de la continuité.

.Occlusion par cancer colique droit :

L'intervention la plus souvent réalisée est l'hémi-colectomie droite avec anastomose iléotransverse.

.Occlusion par sigmoïdite :

Hormis les cas où la sténose colique est associée à l'échec du traitement médical d'une poussée de sigmoïdite suppurée, la décision opératoire pour sténose est rarement prise en urgence. Le choix du traitement est fonction des conditions locales, c'est-à-dire de l'importance des lésions inflammatoires et (ou) suppurées. Le plus souvent, il est pratiqué une résection sigmoïdienne emportant la charnière recto-sigmoïdienne avec anastomose colorectale en un temps. Lorsque les conditions locales le justifient (abcès) on peut protéger cette anastomose par une colostomie latérale d'amont, cette dernière étant renfermée deux mois plus tard. Certaines sigmoïdites abcédées nécessitent la réalisation d'une résection sigmoïdienne avec colostomie terminale et fermeture du moignon rectal (opération de Hartmann)

.Occlusion par volvulus colique :

-volvulus du côlon pelvien :

Le traitement varie selon l'état général du patient et l'état de l'anse volvulée. La détorsion de l'anse est capitale, pouvant être obtenue par endoscopie. L'endoscopie permet d'apprécier la vitalité du pied de l'anse détordue. En l'absence de signe de nécrose et d'échec de la détorsion, une résection sigmoïdienne avec rétablissement de la continuité peut être réalisée quelques jours plus tard, après préparation du côlon, si l'état général du patient le permet. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la chirurgie est faite en urgence : détorsion, puis intervention de Hartmann ou résection avec abouchement des 2 extrémités coliques à la peau, en double stomie (opération de Bouilly-Volkman) ou résection sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale protégée ou non par une colostomie.

-volvulus du côlon droit :

La détorsion par endoscopie et (ou) lavement hydrosoluble est souvent très difficile à obtenir. L'hémi-colectomie droite avec anastomose iléotransverse est l'intervention la plus souvent pratiquée.

- Syndrome d'Ogilvie :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

L'exsufflation par coloscopie est le traitement de base, au besoin répétée en cas de récurrence pour éviter la perforation diastatique du côlon droit. La chirurgie n'intervient qu'en présence de complications (nécrose ou perforation cœcale) [17].

3- Traitement instrumental :

Il est exceptionnellement indiqué. Il s'agit par exemple d'une intubation recto-colique en cas de volvulus du côlon sigmoïde, d'un lavement désinvaginant en cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson, de coloscopies itératives de décompression dans le syndrome d'Ogilvie pour éviter la perforation diastatique du caecum [18].

H- COMPLICATIONS:

1- évolution naturelle :

Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont:

- Le choc hypovolémique et ses conséquences.
- La perforation intestinale.
- Les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss).
- Les pneumopathies par inhalation de vomissements.

Il existe de plus un risque local, celui de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcérations mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale, soit sur l'obstacle (bride, étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastatique due à la distension gazeuse).

2- complications post-opératoires :

Les complications précoces à craindre sont :

- L'absence de reprise de transit (par occlusion fonctionnelle ou mécanique ou par iléus postopératoire prolongé)
- Une péritonite par fistule ou par lâchage des fils de suture
- Abscesses intrapéritonéaux
- Cholécystite
- L'éviscération

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie '' A''CHU du Point G

- Les phlébites et la défaillance cardio-respiratoire
- La mort

Les complications tardives sont essentiellement les éventrations et les occlusions intestinales aiguës secondaires (récidives) [23].

METHODOLOGIE

III. Méthodologie :

1- Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G. Il s'agit d'un service de chirurgie générale, endoscopique et thoracique où travaillent :

- 2 Professeurs Agrégés en chirurgie générale
- 1 Professeur Agrégé en chirurgie thoracique
- 5 Chirurgiens Assistants
- 1 Chirurgien Praticien hospitalier
- 2 Internes des hôpitaux
- 5 Infirmiers d'état (Techniciens de santé)
- 4 Infirmiers du 1^{er} cycle (agents techniques de santé)
- 4 Infirmiers de bloc opératoire
- 4 Aides soignants
- 4 Garçons de salle

En outre on note la présence des médecins inscrits au Diplôme d'Etude Spécialisée (D.E.S) et des étudiants en instance de thèse.

Le service est composé de deux pavillons comprenant :

- 6 lits de première catégorie
- 16 lits de deuxième catégorie
- 16 lits de troisième catégorie

2- Les Activités :

Le service de chirurgie "A" :

Les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi, les hospitalisations se font tous les jours.

La visite aux malades hospitalisés se fait chaque matin par des chirurgiens.

Les interventions chirurgicales programmées ont lieu du lundi au jeudi. La visite générale a lieu chaque vendredi après le staff et est toujours dirigée par les chirurgiens.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" CHU du Point G

Le staff se déroule du lundi au vendredi dans la salle de conférence du centre de recherche et de formation en chirurgie et dirigé par un Professeur et ou les Assistants

3. Période de l'étude :

L'étude a été réalisée de janvier 2004 à décembre 2008 soit une période de 5 ans et a porté sur tous les patients quelque soit l'âge ayant été opéré en urgence et suivi en chirurgie "A" pour occlusion intestinale aiguë.

54

4. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie "A" du CHU du Point G.

5. Phase d'étude :

5.1 Critères d'inclusion :

On été inclus dans cette étude :

- Tous les patients opérés en urgence par l'équipe de la chirurgie "A" pour occlusion intestinale aiguë dont le diagnostic a été confirmé en per opératoire et ayant fait l'objet d'un suivi documenté.
- Le recrutement a concerné tous les âges.
- Tous les dossiers complets.

5.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus dans l'étude :

- Tout patient en occlusion et pris en charge par tout autre service que la chirurgie "A".
- Les patients qui n'ont pas été opérés.
- Tous les dossiers incomplets.

5.3 Confection de la fiche d'enquête :

Elle a été faite par nous même, corrigée par le Directeur de thèse et ses assistants et comporte :

- Une partie portant sur la collecte des dossiers dans les archives.
Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" CHU du Point G

- Une partie portant sur les données administratives :
Age, sexe, profession, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation
- Une partie portant sur les paramètres cliniques et para cliniques, diagnostic, les lésions.
- Une partie portant sur les différents traitements chirurgicaux.
- Une dernière partie sur le suivi postopératoire.
- Exploitation des dossiers des patients en rétrospectif.

5.4 La collecte des données :

Les données ont été collectées à partir de la fiche d'enquête, les registres de comptes rendus opératoires et les dossiers des malades.

5.5 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels SPSS version 17
Les graphiques ont été créés sur Microsoft Office Excel 2007.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

Fréquence :

Nous avons recensés 117 cas d'occlusions intestinales aiguës.

Pendant la période d'étude il y a eu :

- 8083 consultations dans le service de chirurgie "A"
- 1676 consultations au service des urgences chirurgicales
- 4239 hospitalisations dans le service de chirurgie "A"
- 985 interventions abdominales urgentes
- 117 interventions pour occlusions intestinales aiguës

Ainsi les occlusions intestinales aiguës représentent :

- 7 % des consultations chirurgicales d'urgence.
- 2,8% pour l'ensemble des hospitalisations en Chirurgie "A"
- 11,88% des interventions abdominales urgentes en Chirurgie "A"

A. Aspects sociodémographiques :

TABLEAU I : Répartition des patients selon l'année de recrutement.

<i>Année</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
2008	33	28,2
2007	25	21,4
2006	22	18,8
2005	20	17,1
2004	17	14,5
Total	117	100

Nous avons enregistré plus de cas en 2008 soit **28,2 %**.

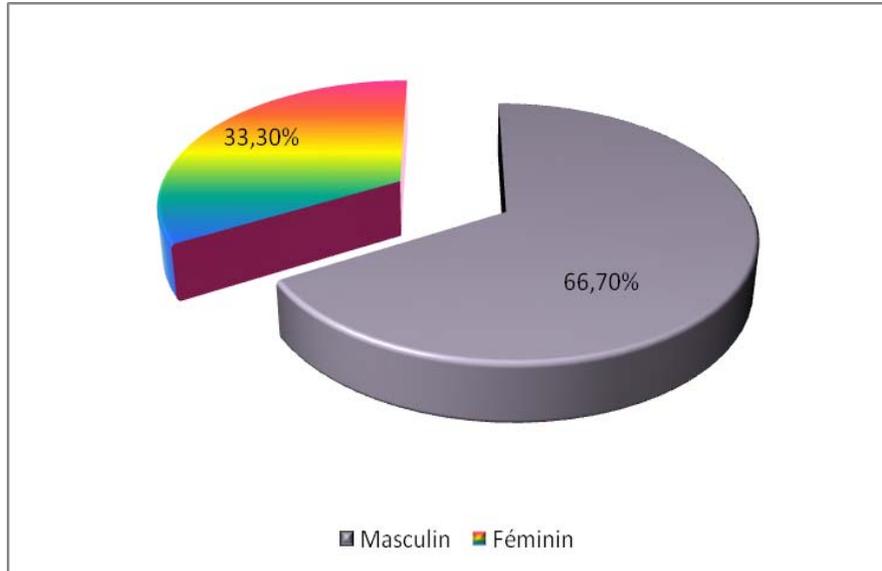
TABLEAU II : Répartition des patients selon l'âge.

<i>Age (année)</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
61 - 70	08	6,8
41 - 50	16	13,7
31 - 40	31	26,5
20 - 30	34	29,1
51 - 60	14	12,0
0 - 19	10	8,5
+70	04	3,4
Total	117	100

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 et 40 ans (**55,6 %**).

Les extrêmes étaient de 2 ans 8 mois et 82 ans.

La moyenne d'âge a été de 38,32 ans.

**Figure I** : Répartition des patients selon le sexe.

Le sex-ratio était de **2** en faveur du sexe masculin.

TABLEAU III : Répartition des patients selon la provenance.

<i>Provenance</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
CHU GT	55	47,0
C Réf. de Bko	23	19,7
Établissements privés de Bko	15	12,8
CSCOM de Bko	10	8,5
Koulikoro	07	6,0
Hôpital de Kati	04	3,4
Venu de lui-même	03	2,6
Total	117	100

Les différentes structures de santé de Bamako ont adressé **90,6 %** des patients.

B. Aspects cliniques :

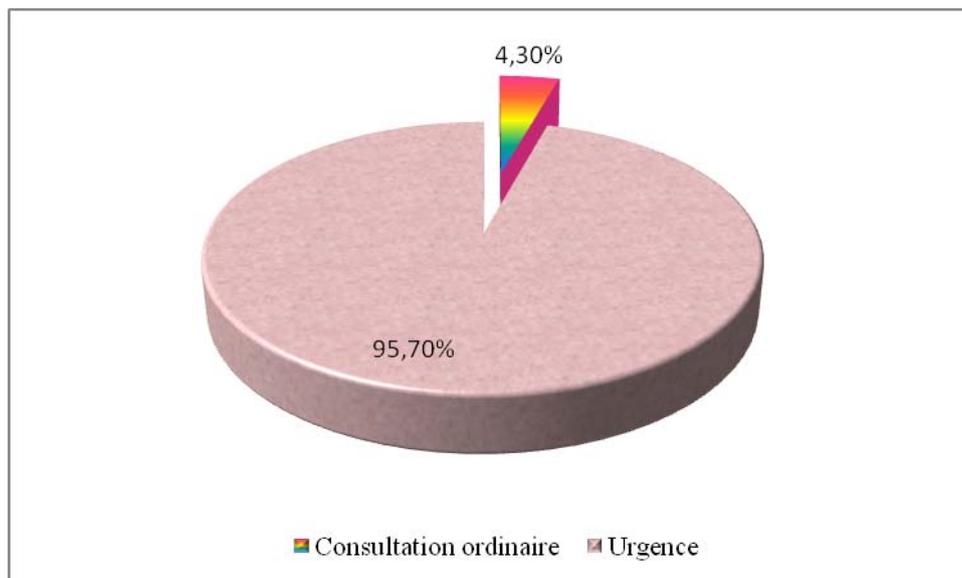


Figure II : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

95,7 % des patients ont été reçus dans le service des urgences du CHU du Point G.

TABLEAU IV : Répartition des patients selon le motif de consultation.

<i>Motif de consultation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Douleur abdominale	60	51,28
Arrêt de matières et de gaz	2	1,71
Vomissement	2	1,71
Douleur abdominale + arrêt de matières et de gaz	24	20,51
Douleur abdominale + Vomissement	12	10,26
Douleur abdominale + arrêt de matières	07	5,98
Douleur abdominale + arrêt de matières et de gaz + Vomissement	10	8,55
Total	117	100

60

Les principaux motifs de consultation ont été la douleur abdominale (**51,28 %**), douleur abdominale + arrêt de matières et de gaz (**20,51 %**).

TABLEAU V : Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux.

<i>Antécédents médicaux</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Diabète	02	1,9
HTA	03	2,6
UGD	07	5,98
Asthme	02	1,71
Sans antécédent pathologique	103	88,0
Total	117	100

88 % des patients étaient sans antécédent médical particulier.

TABLEAU VI: Répartition des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux.

<i>Antécédents chirurgicaux</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Appendicite	14/117	11,97
Occlusion	05/117	4,27
Pathologies Chir. gynéco obstétriques	14/117	11,97
Péritonite	13/117	11,11
Adénome de la prostate	04/117	3,42
Total	117	100

42,74 % des patients avaient un antécédent chirurgical.

TABLEAU VII : Répartition des patients selon le délai d'évolution.

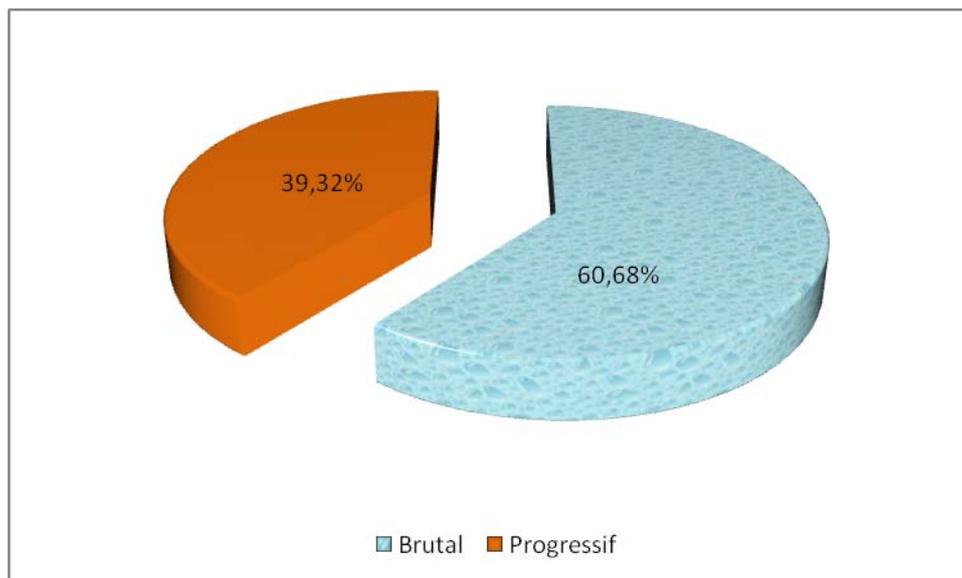
<i>Délai d'évolution</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
< à 2jours	14	11,97
2 jours	23	19,66
3 jours	44	37,61
4 jours	14	11,97
5 jours	12	10,26
7 jours	09	07,69
30 jours et +	01	0,85
Total	117	100

La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie a été de 2-3 jours soit **57,27 %**.

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

<i>Signes fonctionnels</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Douleurs abdominales	117/117	100
Vomissements	116/117	99,15
Arrêt de matières	112/117	95,73
Arrêt de gaz	107/117	91,45

La douleur était présente chez **100 %** des patients.

**Figure III** : Répartition des patients selon le mode d'installation de la maladie.

La maladie était survenue de façon brutale chez **60,68 %** des patients.

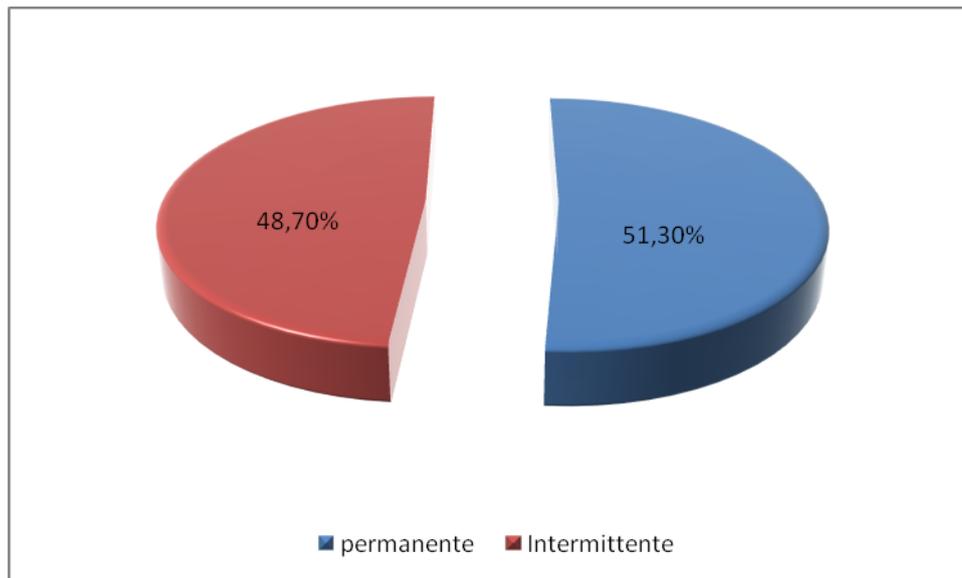


Figure IV : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur.

La douleur était permanente chez plus de la moitié des patients soit **51,28 %** des cas.

TABLEAU IX : Répartition des patients selon les autres signes associés.

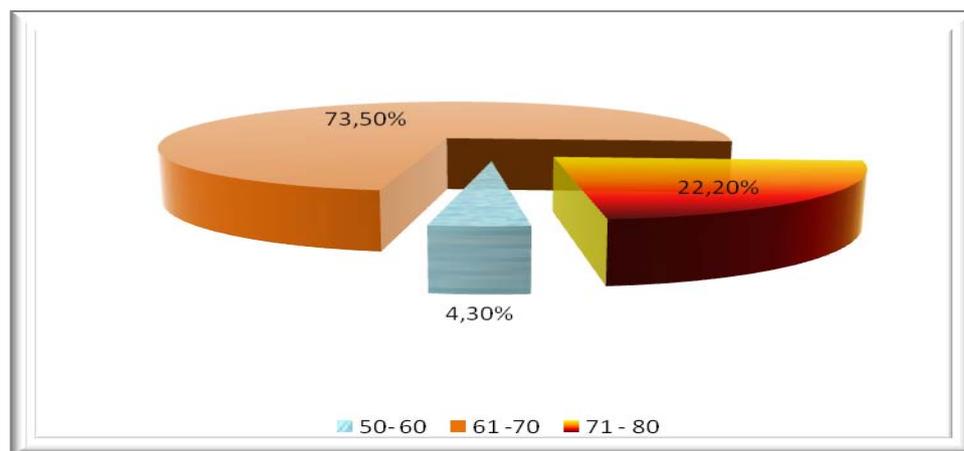
<i>Autres signes associés</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Fièvre	58	49,57
Aucun	55	47,01
Déshydratation	02	1,71
Signes de choc	02	1,71
Total	117	100

49,57 % des patients étaient fébriles.

TABLEAU X: Répartition des patients selon l'existence de terrain particulier.

<i>Autres signes associés</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Aucun	103	88,0
Sujet âgé	13	11,1
Immunodéprimé	1	0,9
Total	117	100

11,1 % des patients étaient des personnes âgées.

**Figure V :** Répartition des patients selon l'indice de Karnofsky.

73,5% des patients avaient un indice de Karnofsky compris entre 61-70 %.

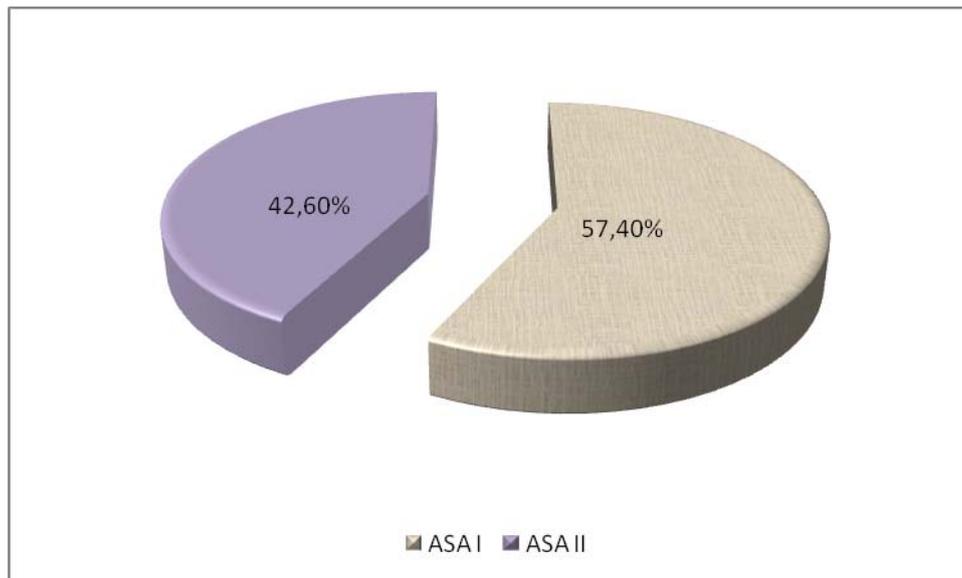


Figure VI: Répartition des patients selon le Score A S A.

57,4 % des patients n'avaient pas de risque prévisible que celui nécessitant l'acte chirurgical.

TABLEAU XI : Répartition des patients selon l'état de l'abdomen.

<i>État de l'abdomen</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Météorisme abdominal	80/117	68,38
Tympanisme abdominal	70/117	59,83
Cicatrice d'intervention sur l'abdomen	50/117	42,74
Défense abdominale	28/117	23,93
Souplesse abdominale	25/117	21,37
Contracture abdominale	7/117	5,98

Le météorisme et le tympanisme ont été les signes les plus retrouvés à l'examen de l'abdomen avec respectivement **90 %** et **59,83 %**.

TABLEAU XII : Répartition des patients selon l'état des orifices herniaires.

<i>Orifices herniaires</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Normaux	112	95,7
Étranglements herniaires	5	4,3
Total	117	100

Nous avons trouvé **4,3 %** d'étranglement herniaire.

TABLEAU XIII : Répartition des patients selon la percussion abdominale.

<i>Tympanisme abdominal</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Diffuse symétrique	59	50,4
Localisée	38	32,5
Diffuse asymétrique	20	17,1
Total	117	100

Le tympanisme était diffus et symétrique dans **50,4 %**.

TABLEAU XIV : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal.

<i>Toucher rectal</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Toucher rectal douloureux	54	46,2
Ampoule rectale vide	40	34,2
Présence de selles molles	15	12,8
Présence de fécalome	5	4,3
Présence d'une masse	3	2,6
Total	117	100

Le Toucher rectal était douloureux chez **46,2 %** des patients et l'ampoule rectale était vide dans **34,2 %** de cas.

C. Les examens complémentaires :

TABLEAU XV : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation.

<i>Résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Images hydroaériques grêliques	75	64,10
Distension intestinale diffuse	11	9,40
Images en doubles jambages	10	8,55
Indéterminée	08	6,84
Grisailles floues diffuses	7	5,98
Images hydroaériques coliques	4	3,42
Croissant gazeux	2	1,71
Total	117	100

67

La radiographie de l'abdomen sans préparation été réalisée chez 117 des patients soit **100 %** et a montré des niveaux hydroaériques grêliques dans **64,10 %** des cas.

TABLEAU XVI : Répartition des patients selon le résultat d'autres examens complémentaires.

<i>Bilans pré opératoires d'urgence</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Groupage + tx d'Hb + tx d'Ht	102	87,18
Taux d'Hb	5	4,27
Groupage rhésus	04	3,42
Taux d'Ht	4	3,42
Non fait	02	1,71
Total	117	100

Le bilan préopératoire d'urgence a été réalisé dans **98,29 %** des cas.

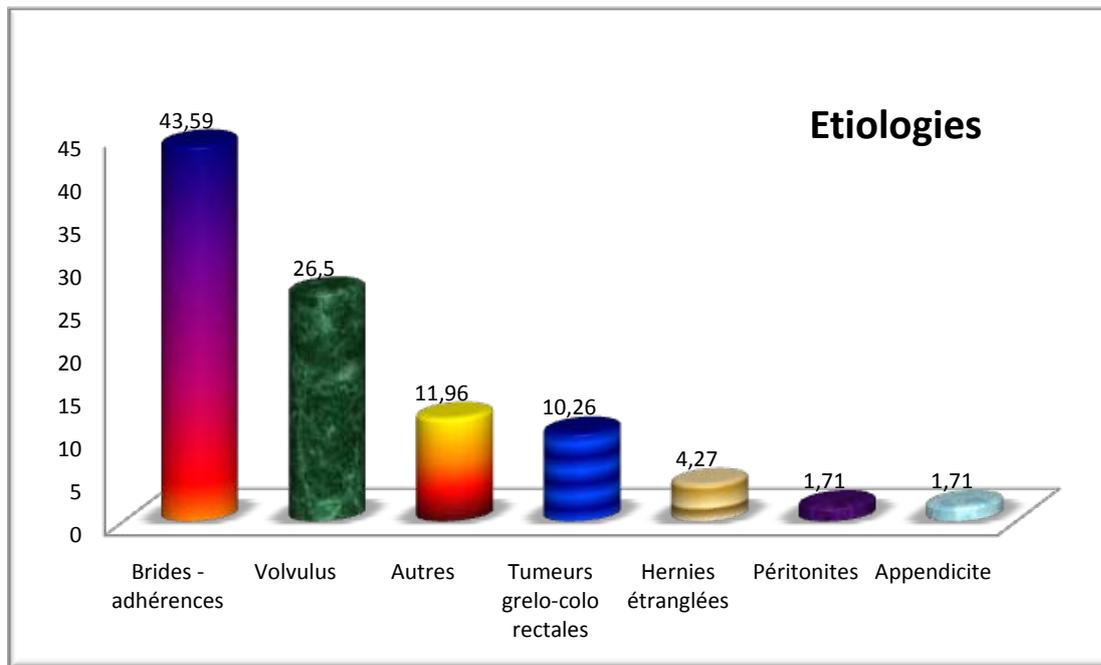


FIGURE VII : Répartition des patients selon l'étiologie de l'occlusion.

Les autres étiologies ont été :

- 2 cas d'incarcération d'anse,
- 4 d'invaginations intestinales aiguës
- 1 cas de sténose (iatrogène ; sur stomie),
- 1 dolichocôlon,
- 1 maladie de Hirschsprung,
- 1 infarctus mésentérique,
- 3 occlusions post opératoire,

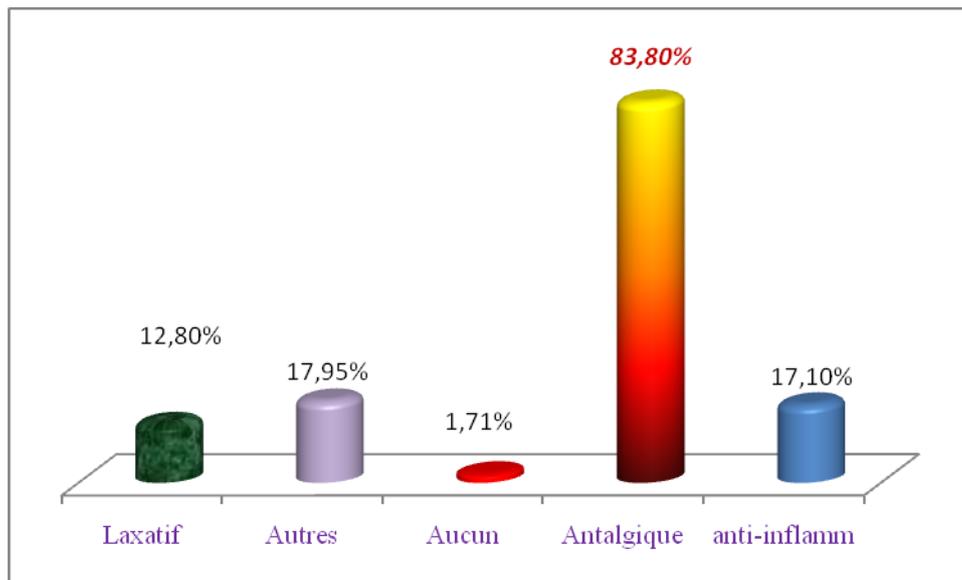
D. Aspects thérapeutiques :

FIGURE VIII : Répartition des patients selon le traitement médical reçu avant l'admission.

Un traitement antalgique avait été effectué chez **83,80 %** des patients.

TABLEAU XVII : Répartition des patients selon le traitement médical reçu en préopératoire.

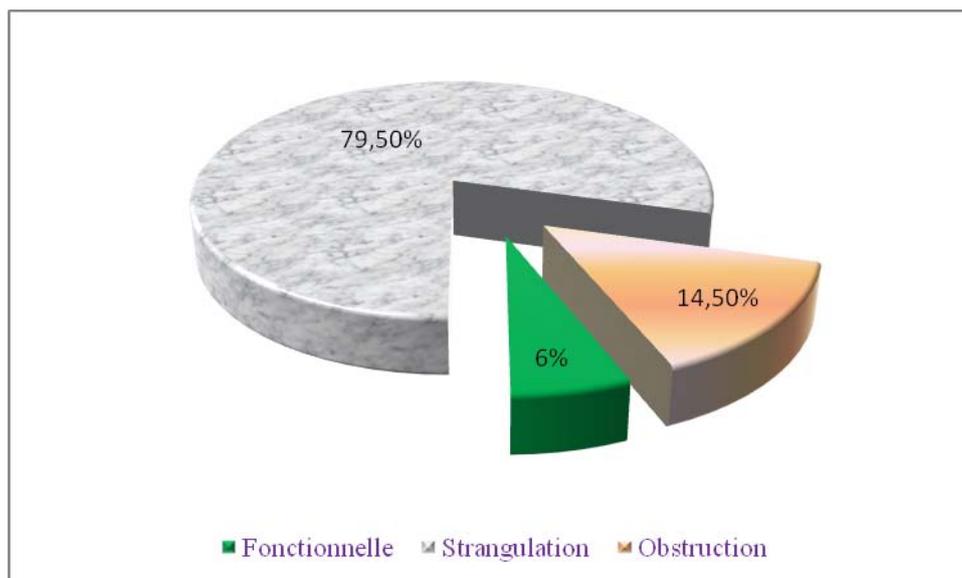
<i>Traitement médical</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Sonde Nasogastrique + Réhydratation	88	75,21
Autres	12	10,26
Aucun	10	8,5
Sonde nasogastrique	7	6,0
Total	117	100

Les Autres correspondent à : la réhydratation, l'antibiothérapie, traitement antalgique, mise en place d'une sonde nasogastrique, une sonde urinaire, ou le lavement évacuateur.

TABLEAU XVIII : Répartition des patients selon la durée du délai opératoire.

<i>Délai opératoire</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
1 h à 6 h	107	91,5
Moins de 1 heure	10	8,5
Total	117	100

Le délai opératoire moyen était entre 1 h à 6 h soit **91,5 %** des cas.

**FIGURE IX** : Répartition des patients selon le mécanisme de l'occlusion.

La strangulation a été le mécanisme le plus fréquent soit **79,5%** des cas.

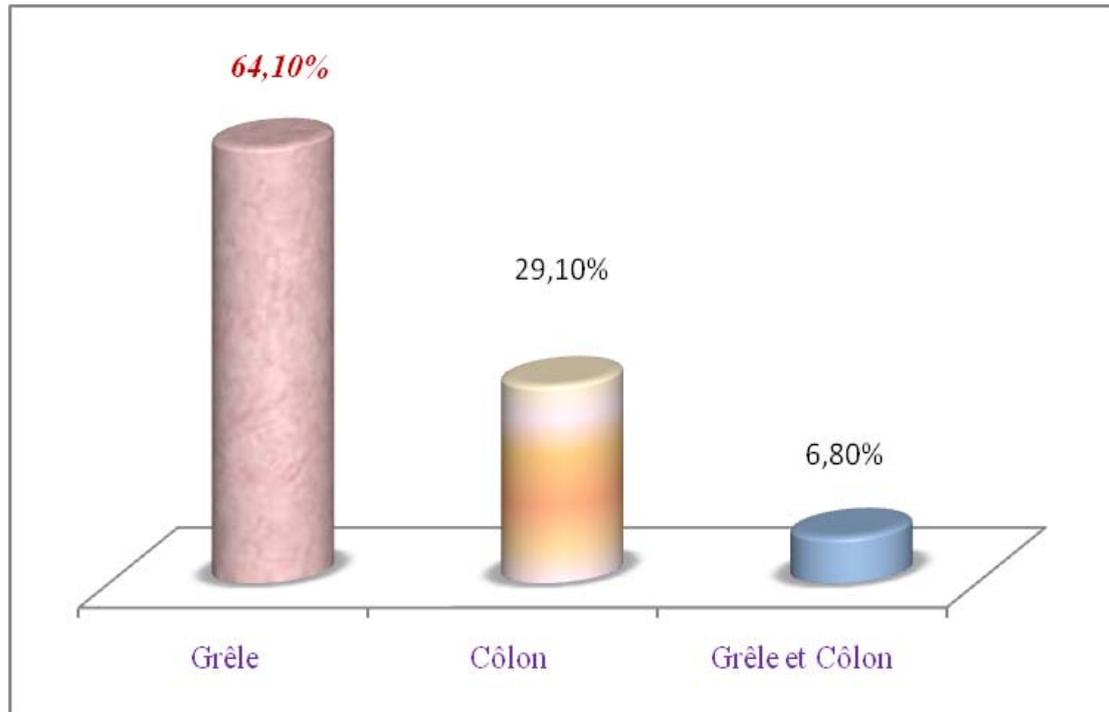


FIGURE X: Répartition des patients selon le siège de l'occlusion.

L'occlusion du grêle a été la plus fréquente avec **64,1 %** cas.

TABLEAU XIX : Répartition des patients selon le type d'incision.

Type d'incision	Effectifs	Pourcentages
Incision médiane sus et sous-ombilicale	102	87,2
Incision à cheval sur l'ombilic	6	5,1
Incision médiane sous-ombilicale	5	4,27
Autres	4	3,42
Total	117	100

Comme geste autre, il a été réalisé trois cas d'inguinotomie droites et un cas d'inguinotomie gauche.

Il a été effectué une incision médiane sus et sous-ombilicale chez **87,2 %** des patients.

TABLEAU XX : Répartition des patients selon les gestes opératoires.

<i>Gestes opératoires</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Section des brides –Adhésiolyse	50	42,74
Résection anastomose +Dérivation	22	18,80
Résection anastomose immédiate	28	23,93
Cure Herniaire	05	4,27
Autres	12	10,26
Total	117	100

Les autres gestes associés ont été :

- 3 dévolvulations,
- 2 vidanges,
- 1 biopsie,
- 1 libération d'anse incarcerated,
- 2 omentectomies+ appendicectomies,
- 1 désinvagination+ appendicectomie,
- 1 suture de brèche + toilette péritonéale,
- 1 toilette péritonéale

Tableau XXI : Répartition des patients selon l'aspect de l'anse intestinale.

<i>Aspect de l'anse intestinale</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Saine	80	68,4
Inflammatoire	14	12,0
Nécrosée	22	18,8
Perforée	01	0,9
Total	117	100

Les anses étaient normales dans **68,4 %** et nécrosées dans **18,8 %** des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon les complications survenues en per opératoire.

<i>Complication perop</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Aucune	112	95,73
Perforation digestive	4	3,42
Décès	1	0,95
Total	117	100

73

Il a été observé **3,40 %** de perforations digestives accidentelles.

E. Suites opératoires:

Tableau XXIII : Répartition des patients selon les suites opératoires précoces de j 0 à j 7.

<i>Suites opératoires globales</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Simple	90/117	76,92
Infections du site opératoire	20/117	17,10
Péritonites post opératoires	2/117	1,71
Suppurations pariétales	15/117	12,82
Décès	2/117	1,71
Hémorragies post opératoires	2/117	1,71
Éviscération	4/117	3,42
Récidive	2/117	1,71
Autres	4/117	3,42
Total	117	100

Les suites opératoires à une semaine étaient simples dans **76,92 %** des cas et **12,82 %** de suppuration.

La mention 'autre' répond à : une irritation péristomiale, un hémopéritoine, un syndrome confusionnel.

TABLEAU XXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires tardives de j10 à un mois.

<i>Suites opératoires à 1mois</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Simple	100	85,50
Retard de cicatrisation	10	8,55
Fistules digestives	04	3,42
Décès	03	2,56
Total	117	100

74

Les suites à un mois : 3 décès soit **2,56 %**, **8,55 %** de retard de cicatrisation.

TABLEAU XXV : Répartition des patients selon les suites opératoires à 6 mois.

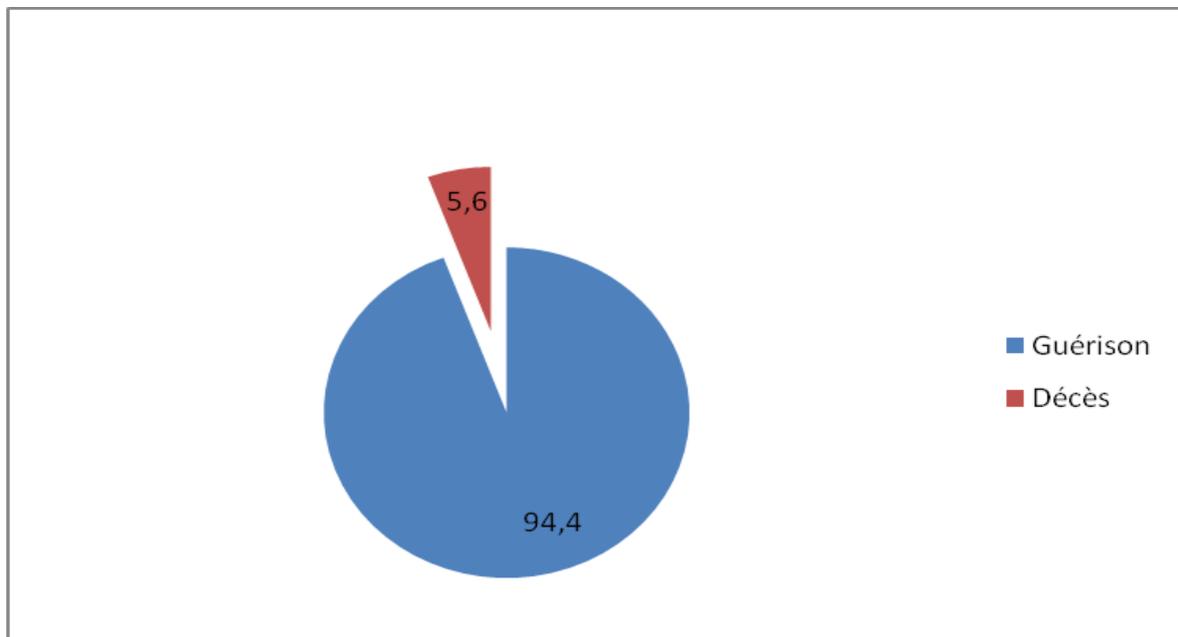
<i>Suites opératoires à 6 mois</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Simple	56	47,86
Éventrations	03	2,56
Cicatrice chéloïdienne	02	1,71
Malades perdus de vue	50	42,74
Décès	06	5,12
Total	117	100

A 6 mois : **42,74 %** des malades étaient perdus de vue, **5,12 %** de décès.

TABLEAU XXVI : Répartition des patients selon la morbidité.

<i>Morbidité</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Infections pariétales	05/117	4,27
Fistules digestives	03/117	2,56
Éventrations	03/117	2,56
Irritations péristomiales	01/117	0,95
Éviscération	02/117	1,71

La morbidité totale a été de **11,96 %**.

**Figure XI** : Répartition des patients selon le pronostic.

Le taux de mortalité global était de **5,6 %**.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation.

<i>Catégorie d'hospitalisation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
Catégorie 1	8	6,84
Catégorie 2	39	33,33
Catégorie 3	70	59,83
Total	117	100

76

La majorité des malades étaient hospitalisés en catégorie 3 soit **59,83 %** des cas

<i>Durée d'hospitalisation (jours)</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
0 -10	65	55,6
11-20	37	31,63
21-30	12	10,26
31-40 et +	3	2,57
Total	117	100

La durée d'hospitalisation moyenne a été de 10 jours soit 55,6% avec des extrêmes de 4 et de 90 jours

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. Commentaires et discussion :

Nous avons réalisés une étude rétrospective de un an dans le service de Chirurgie "A".

Les informations sur les patients ont été recensées à partir des dossiers hospitaliers et des registres de compte-rendu opératoire

Nous avons rencontré certaines difficultés qui sont les suivantes :

- La mauvaise conservation des dossiers et archives.
- la perte de vue de certains patients qui a rendu le suivi post opératoire difficile.

a. Aspect épidémiologique :

TABLEAU XXVIII: fréquence des occlusions intestinales aiguës selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<i>Effectifs / nombre de cas</i>	<i>Fréquence</i>
Kossi, Finlande 2004 [52]	231/1118	43,7 % P=0,0000
Catel, Paris, 2003 [53]	43/117	36,7 % P=0,0002
Tamijmarane, Inde, 2000 [54]	176/572	30,7% P=0,0002
Harouna, Niger 2005 [10]	87/221	39,3 % P=0,0000
Arlette, Mali, 2006 [14]	28/82	36,8% P=0,005
Notre étude Mali, 2008	117/985	11,88 %

Les occlusions intestinales aiguës représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie [55].

Les études retrouvées rapportent des fréquences hospitalières allant de **11,88 %** à **43,7 %**.

1. Age :

TABLEAU XXIX : L'âge moyen selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Age moyen</i>
Kossi, Finlande 2004 [52]	101	66,8
Catel, Paris 2003 [59]	43	61
Hiki, Japon, 2004 [57]	233	59,6
Uludag, Turquie, 2004 [56]	152	55,5
Alerte, Mali, 2006[14]	82	34,5
Kouadio, RCI, 2004 [10]	49	34
Harouna, Niger 2005 [11]	87	32
Notre étude Mali, 2008	117	38,32

En Afrique, elles surviennent chez l'adulte jeune (32 à 38,32 ans) . L'âge jeune des patients serait lié à la jeunesse de la population africaine en général et celle du Mali en particulier. Selon les services statistiques du Mali la tranche d'âge entre 29 et 39 est la plus fréquente de la population. L'âge n'est pas un facteur de risque.

2. Sexe :

TABLEAU XXX : Le sex- ratio selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Sexe- ratio</i>
Harouna, Niger 2005 [10]	87	2,4
Hiki, Japon, 2004 [57]	233	2,0
Kuremu, Kenya, 2004 [60]	93	1,6
Kouadio, RCI, 2005 [11]	49	1,2
Kossi, Finlande 2004 [52]	101	0,7
Zerey, USA, 2007 [58]	33	0,6
Duron, Paris, 2006 [59]	186	0,5
Notre étude Mali, 2008	117	2,0

Le sexe n'est pas un facteur de risque. Le sex- ratio en faveur de l'homme a été retrouvé chez les auteurs africains et japonais [10, 11, 57,60] par contre les femmes ont été nombreuses dans les autres séries [52 ; 58 ; 59]

TABLEAU XXXI: Délai moyen de consultation selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Délai moyen</i>
Gamma, Paris 1994 [8]	157	24 H
Harouna, Niger, 2005[10]	87	60 H
Notre étude Mali, 2008	117	48-72 H

Le délai de consultation tardif pourrait s'expliquer par la méconnaissance des abdomens aigus qui sont longtemps traités médicalement dans les centres de santé communautaire avant d'être référés dans les structures sanitaires spécialisées. On peut également évoquer, pour une bonne partie de la population, le recours systématique à des systèmes de thérapies parallèles (automédication et tradithérapie principalement) qui, s'ils soulagent, retardent le recours à la prise en charge hospitalière adéquate [14].

b. Aspects cliniques

Signes fonctionnels :

TABLEAU XXXII: Signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	Signes fonctionnels principaux		
	Douleur abdominale	Arrêt des matières et de gaz	Vomissements
Harouna,Niger,2005,[10],n=87	87(100%)	78(90%)	84(96,5%)
Kouadio,RCI,2004 [11],n=49	49(100%)	49(100%)	49(100%)
Gamma, Paris, 1994[8], n=157	144(92%) P=0,004	140(88 %) P=0,19	99(63%) P=0,000
Notre étude Mali, 2008, n=117	117(100%)	97(82,91%)	116(98,15%)

La douleur abdominale était un symptôme très fréquent, c'est l'un des premiers motifs de consultation. Les études citées retrouvent des fréquences allant de 92 à 100%.

Les vomissements sont précoces dans les occlusions hautes. Les études citées rapportent des taux variant entre 63 à 100%.

Dans les occlusions hautes l'arrêt de matières et de gaz est en règle tardif. Dans la littérature la fréquence variait de 82,91 à 100%

➔ Les signes physiques :

✚ Inspection :

Un météorisme a été trouvé chez 68,38% des patients. Les résultats sont similaires à ceux trouvés par Sidibé B [6] (55,8% et P= 0,00) et Konaté M [3] (64,1% et P=0,031).

✚ Palpation :

Dans cette étude, 23,93% des patients présentaient une défense abdominale. Ce résultat est similaire à celui d'Alerte [14] dans son étude (26,3% de défense).

La contracture abdominale quant à elle, est vue chez 5,98% des patients. Ce résultat est superposable à celui de Dongmo .A [14] qui a trouvé la contracture chez 10,50% des malades.

Examens complémentaires :

TABLEAU XXXIII: L'apport de la radiographie de l'abdomen sans préparation au diagnostic selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>ASP</i>	<i>Test statistique</i>
Kouadio, RCI, 2004 [11]	49	49(91,8%)	P =0,586541
Harouna, Niger, 2005 [10]	87	69(80%)	P=0,007426
Gamma, Paris, 1994 [8]	157	110(70%)	P=0.000082
Notre étude Mali, 2008	117	117(87,20%	P=0,009642

La radiographie de l'abdomen sans préparation a pu être effectuée chez 100% des patients et dans 87,20 % des cas, elle trouve des niveaux hydroaériques ; images hautement synonymes d'occlusion. C'est donc un examen abordable pour la majorité des bourses et de bonne sensibilité diagnostic. Les résultats de cette étude sont concordants avec ceux de Harouna [10] (80%).

Pour Kouadio [11], la radiographie de l'abdomen sans préparation a permis une confirmation à 91,8% de la suspicion clinique d'occlusion intestinale.

Les autres moyens d'explorations : Les autres moyens d'explorations sont le transit du grêle et de plus en plus le scanner [53, 59, 69].

Depuis plusieurs années ; le scanner s'est imposé comme un outil performant dans le diagnostic

positif et étiologique des occlusions [66, 70]. Il permet d'identifier la cause de l'occlusion dans 73% [71]. Aucun des patients n'a bénéficié de cet examen à cause du coût élevé.

ETIOLOGIES :

✚ Mécanismes :

L'étude a permis de recenser 79,5% de strangulation ; 14,5% d'obstruction et 6% d'occlusions fonctionnelles.

Sidibé B [6] a enregistré 85,8% de strangulation ; 12,6% d'obstruction et 1,6% d'occlusions fonctionnelles.

Dembélé B [5] a enregistré 88% de strangulation ; 12% d'obstruction et 00% d'occlusions fonctionnelles.

Alerte Dongmo [14] a enregistrée 77,3% de strangulation ; 10% d'obstruction et 1,6 d'occlusions fonctionnelles

Dans ces quatre études, le mécanisme par strangulation apparaît comme le plus fréquent.

✚ Étiologies :

L'étude a permis de trouver les étiologies suivantes : Hernies étranglées (4,27%), Brides Adhérences (43,59%), Volvulus du Sigmoides et du grêle (26,50%), tumeur grêlo-colo rectale (10,26%), péritonite (1,71%), Appendicite (1,71) 'autre' (11,96%).

Sidibé B [6] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (46,6%), Brides Adhérences (13,2%), Volvulus du Sigmoides et du grêle (14,2%), tumeur colique (0,8%), péritonite (0,8%), 'autre' (24%).

Dembélé B [5] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (44%), Brides Adhérences (16%), Volvulus du Sigmoides et du grêle (24%), tumeur colique (12%*), péritonite (0%), 'autre' (4%).

Dongmo. A [14] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (10,5%), Brides Adhérences (36,8%), Volvulus du Sigmoidé et du grêle (17,1%), tumeur colique (3,9%), péritonite (5,3%), 'autre' (26,3%).

Nos résultats sont comparables à ceux de Sidibé B [6], Dongmo. A [14] et Dembélé B [5] en ce qui concerne : les hernies étranglées (P=0,00) et les brides (P=0,00).

c. Aspects thérapeutiques :

✚ Siège :

L'étude a permis d'individualiser 64,1 % d'occlusions par atteinte du grêle ; 29,1 % par atteinte du côlon et 6,8 % par atteinte mixte (grêle+côlon). La prédominance de l'atteinte du grêle pourrait s'expliquer dans ce contexte par la forte prévalence des brides et adhérences comme étiologie d'occlusion intestinale au sein de la population.

Sidibé B [6] avait trouvé 74,2 % d'atteintes du grêle et 25,8 % d'atteintes du côlon.

Ces résultats et ceux de Sidibé B [6] sont similaires en ce qui concerne la localisation de l'occlusion intestinale sur le grêle (P=0,00).

✚ État des anses :

L'étude a permis de trouver 68,4 % d'anses saines ; 12 % d'anses inflammatoires et 18 % d'anses nécrosées.

Sidibé B [6] avait trouvé 80,8 % d'anses saines ; 4,2 % d'anses inflammatoires et 15 % d'anses nécrosées.

Y Harouna [4] avait trouvé 37% d'anses nécrosées

Quand on compare l'état des anses intestinales dans ces trois différentes études, il ressort que les résultats de cette étude sont similaires à ceux de Sidibé B [6] (P=0,00 lorsque les anses sont normales ou inflammatoires) et de Y Harouna [4] (P=0,00).

✚ Geste :

L'étude a trouvé 23,93 % de Résection anastomose immédiate ; 18,80 % de Résection +dérivation ; 42,74 % d'Adhésiolyse ; 4,27 % de cures de hernie ; 10,26 % de geste 'autre'.

Sidibé B [6] avait enregistré 25,83 % de Résection anastomose immédiate ; 8,33% de Résection +dérivation ; 9,2 % d'Adhésiolyse ; 15,1 % de geste 'autre'.

Konaté M [3] avait enregistré 14,58 % de Résection anastomose immédiate ; 11,46 % de Résection +dérivation ; 10,42 % d'Adhésiolyse ; 30,21 % de cures de hernie et 32,29 % de geste 'autre'.

Les gestes réalisés au cours cette étude sont similaires à ceux réalisés dans celle de l'étude de Sidibé B [6] [en ce qui concerne la résection anastomose (P=0,03), et les 'autres' gestes (P=0,00)], et dans celle de Konaté M [3] [pour résection dérivation (P=0,00)].

✚ Mortalité & Morbidité :

Cette étude retrouve 0,95 % de mortalité et 3,42 % de morbidité pendant le temps per opératoire. Ici, la morbidité est essentiellement le fait de perforations digestives accidentelles ; des infections pariétales, etc....

Lors des suites immédiates, la mortalité était de 1,71 % et la morbidité de 19,66 %. Ici la morbidité est dominée par les suppurations pariétales (12,82%).

Les suites à 1 mois ont été marquées par une mortalité à 3,42 %. Cependant, la morbidité persiste (14,53 %) et est dominée par les récives de l'occlusion intestinale.

La mortalité globale post opératoire est de 5,6 %.Ce taux faible peut s'expliquer par la présence à Bamako de trois services de chirurgie générale.

La morbidité n'a pu être comparée à aucune de celles des études dont nous disposons, car contrairement à ces auteurs, nous avons étudié la morbidité dans le temps opératoire, post opératoire immédiat et post opératoire tardif ; ceci dans le but d'une meilleure analyse des suites opératoires.

La mortalité globale était comparable à celle retrouvée par Y Harouna [4] (41 %, P= 0,00), par Dembélé B [5] (60 %, P= 0,00) et Dongmo. A [14] (6,17).

TABLEAU XXXIV : Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs.

<i>Auteurs</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Durée d'hospitalisation (moyenne)</i>
Kouadio, RCI, 2004 [11]	49	11
Harouna, Niger, 2005 [10]	87	15
Williams, U S A, 2005 [64]	187	12
Kossi, Finlande, 2004 [52]	101	11
Notre étude, Mali 2008	117	10

La durée moyenne d'hospitalisation était fonction de la survenue de complications. Selon les études citées, cette durée variait de 10 à 15 jours.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. Conclusion et Recommandations :

1. Conclusion :

Les occlusions intestinales aiguës sont une urgence chirurgicale grave qui nécessite une prise en charge précoce pour améliorer le pronostic vital. En Afrique, elle touche une population souvent très jeune et la prise en charge est souvent difficile même après une intervention chirurgicale. Le retard de consultation, l'âge avancé de la majorité de ces patients font toute la gravité de cette affection. Malgré les progrès thérapeutiques, la morbidité et la mortalité restent encore élevées.

2. Recommandations :

a – À la population :

- L'éviction de l'automédication
- La consultation précoce dans une structure sanitaire devant tout cas de douleur abdominale ou de vomissement associé à un arrêt de matière et de gaz.

b – Aux autorités administratives :

- L'introduction de la coeliochirurgie dans la prise en charge des urgences chirurgicales
- L'accessibilité des examens para cliniques pendant les gardes
- La réorganisation du service social pour la prise en charge complète et correcte des patients indigents.
- La poursuite de la décentralisation du système sanitaire ainsi que de la politique de sensibilisation afin de rendre plus accessibles les structures de santé et d'amener les populations à consulter plus fréquemment.
- La promotion de la coopération entre structures sanitaires et tradithérapeutes.

c – Aux agents de la santé :

- La référence immédiate de toute suspicion d'occlusion vers les centres spécialisés.
- La pratique d'une chirurgie aussi atraumatique que possible que ce soit en chirurgie conventionnelle ou en chirurgie laparoscopique.
- La systématisation de la réanimation médicale des urgences chirurgicales dans le temps pré opératoire.
- La sensibilisation des patients sur la gestion des stomies intestinales en ambulatoire afin de réduire le séjour hospitalier et les coûts y afférent.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. Références bibliographiques

1- *Gajic O et al*

‘Acute abdomen in the medical intensive care unit’.
Critical care medicine 2002; 30 (6): 1187-1190.

2-*K. Lebbar et al*

‘Les occlusions intestinales chez l’adulte. Intérêt de la tomодensitométrie’.
Médecine du Maghreb 2001 ; 87 ; 21-25.

3- *Konate Madiassa*

Les urgences chirurgicales à l’hôpital Gabriel Toure
Thèse Médecine Bamako 2005 ; n° 238 ; 91P.

4- *Y. Harouna H. et al*

‘Les occlusions intestinales: principales causes et morbi- mortalité à l’hôpital national de Niamey-Niger’ Étude prospective à propos de 124 cas.
Médecine d’Afrique Noire 2000 ; 47 (4) ; 204-206.

5- *Dembélé Boubacar Bréhima*

Les urgences chirurgicales digestives à l’hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas.
Thèse Médecine Bamako 2005; n° 243 ; 61p

6- *Sidibé Moussa Badjan*

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Touré, P Thèse Bamako 2003 ; n° 62 ; 77p

7- *Doumbia Dieneba*

Étude des urgences chirurgicales reçues à l’hôpital du Point G de novembre 1981 à novembre 1982 ; n°13 ; 98p.
Thèse Médecine Bamako 1982 ; n° 13

8- Pomnou Mepouyi Charles

Urgences abdominales de l'enfant dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré, P 80.

Thèse Médecine Bamako 2004, n° 55 ; 80p

9- Konipo Fanta

Les occlusions intestinales. À propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G à Bamako

Chirurgie d'Afrique Noire 1981 ; 1 (1) : 31-49.

10-Diarra Fatoumata

Problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point G.

Thèse Médecine Bamako 1985 ; n° 24 ; 113p

11- L. Leger

Sémiologie chirurgicale (6e édition).

Paris : Masson, 1999.- 444

12- ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome 2.

Paris: Masson, 1985: 686 p.

13- WRIGHT S.

Physiologie appliquée à la médecine. (2e Ed. Française).

Paris : Flammarion 1980. – 668 p. (Médecine et Sciences)

14- Hermann H et Cier J.F

Précis de physiologie (4e édition) Tome 2.

Paris : Masson, 1967. - 348 p

15- Marieb Elaine N.

Anatomie et physiologie humaine (traduction de la 4e édition américaine)

Paris : De Boeck Université, 1999.-1194p

16- Gallot Denis, Anatomie chirurgicale du côlon.

EMC, traité de techniques chirurgicales - appareil digestif, 1998, 40-535

17- C. Casa et J-P Arnaud.

Occlusion intestinale du colon : physiopathologie, étiologie, diagnostic, traitement.

Revue du praticien section (d'hépatogastro-entérologie B 355) 1997 ; 47 ; 1833-1836

18- Millat Bertrand et al.

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte.

EMC, traité de gastro-entérologie 1993 ; 9-044-A-10

19- S. Rohr, M. Kopp et C. Meyer.

Occlusion intestinale du grêle : physiopathologie, étiologie, diagnostic et traitement.

Revue du praticien (section d'hépatogastro-entérologie B 354) 1999 ; 49 : 435-440

20- Hussmann Jurgen, Chirurgie.

Paris : Maloine, 1997.-308p (Mémento)

21- Lagache G et Leplat F.

Les syndromes occlusifs intestinaux aigus.

EMC, Estomac-Intestin (2), 1982, 9044-B-10.

22-Sicard A, Mialaret J, Patel J et Al,

Pathologie chirurgicale (3^e édition)

Paris : Masson, 1978.-1510p

23- Pourriat jean-louis, Martin Claude

Principes de réanimation chirurgicale (2e édition)

Lonrai : Arnette, 2005, 1430 p

24 – DONGMO A. M.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2006 n°263,95p.

25- DARGENT Jet al

Occlusions post - opératoires tardives du grêle par brides.

Etude rétrospective de 47 dossiers, facteur de pronostic.

Lyon Chir. 1987 ; 83 : 404-406.

26-G K. Kouadio, HT TURQUIN.

Prise en charge des occlusions postopératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treich ville à Abidjan.

Médecine d'Afrique Noire 2004 ; 51 (12) : 140-143.

27 – ROHR S.

Occlusions intestinales aiguës

Faculté de Médecine ULP Strasbourg Année 2002. Item 217. Module 11.

28 –Diarra M.

Occlusions sur brides dans le service de chirurgie générale et pédiatrique CHU Gabriel Toure. Thèse de Médecine Bamako 2006 ; 113p

29 –Weibel M.A,Majno G.

Peritoneal adhesions and their relation to abdominal surgery.A post mortem study.

Am J. Surg 1973; 126: 345-353

30 – Parker MC,Ellis H. Moram B J et al.

Ten-year follow-up of 12.584 patients undergoing lower postoperative adhesions; abdominal surgery

Dis colon Rectum 2001; 44 :822-830

31-Menzies D

Peritoneal adhesions, Incidence, cause, and prevention.

Surg Ann 1992; 24:27-45.

32-Miller G Boman J, Shier I et al.

Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction.

Br.J.Surg 2000; 8:1240-1247

33- IVARSSON ML, HOLMDAHL L, FRANZEN G, RISBERG B.

Cost of bowel obstruction resulting from adhesions.

The European journal of surgery 1997, 163:679-684.

**34-JOHANET H, TRAXER O, MANCEAU C, CAZIN S,
CHOSIDOW D. MARMUSE J.P et coll**

.Occlusion aiguë du grêle. Indications et résultats. ANN Chir. 1999, 53 :859-864.

35- Dembelé M.

Les fistules digestives externes post opératoires dans le service de chirurgie B au C H U du Point G.

Thèse méd. Bamako 06-M-101

36-Xavier B, Laurent G.

Chirurgie des occlusions aiguës du grêle de l'adulte.

Service d'urgence chirurgicale viscérale G, Hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03 France.

1998, ELSEVIER, Paris <http://www.eme-consulte.com/article> France

37-DIALLO O.

Les fistules digestives post-opératoires à l'hôpital du Point G.

Thèse méd. Bamako 2000 ; N°64 :91 P

38-BRUN-B.

Infections nosocomiales : Bilan et perspectives.

Rev Med.Sces Paris-nord BEA 1999; 25:106-7

39-Muyembe VM,Suleman N.

Intestinale obstruction at a provincial hospital in Kenya.

East Afr Med.J 200; 77:440-3

40-Kuremu RT,Jumbi G.

Adhesive intestinal obstruction.

East afr Med j.2006 ; 83(6) :333-6

41-Duron JJ,Silva NJ,Du Montcel ST, Berger A,Muscari F,Hennet H,Veijrieres M,Hay JM.

Adhesive postoperative small bowel obstruction: Incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study.

Ann surg.2006 ; 244(5) :750-7.

42-Hay JM,Flamant Y.

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte. Sémiologie chiffrée et traitement chirurgical

Rev Preat 1993; 43:674-83.

43-Tamijmarane A,Chandra S,Smile SR.

Clinical aspects of adhesive intestinal obstruction.

Trop Gastroenterol 2000,21(3) :141-3.

44-Catel L, Lefèvre F,Laurent V,Canard L,Bressier L,Guillemin F D et Régent D.

Occlusion du grêle sur bride : quels critères scénographiques de gravité rechercher ?

J radiol.2003 ; 84 :27-31.

45-Kossi.J,Salminen.P , Laato.M

The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District.

Scandinavian journal of surgery 93:68-00, 2004.

46-HAROUNA Y(1),MAAZOU I (2) ALMOUSTAPHA I,SANI R (1),AMADOU S (1),BAOUA (1),BEN ISSA O (2),ISSA H (2),TIMBO B (3),SADOU B O (3),ABDOU T (4),MADOUYOU M (4).

Les occlusions intestinales aiguës par brides : A propos de 87 cas.

Médecine d'Afrique noire, 2005

47-Di Zerega GS,Rodgers KE.

Peritoneum,in the peritoneum springler-verlag

1992, 1-26.New York.

48- Di Zerega GS,Rodgers KE.

Intrapéritoneal adhésions,in the péritoneum springler – Verlag

1992, 274-306.New York.

49-Raftery AT.

Regeneration of Parietal and Visceral Peritoneum.An electron microscopical study.

J.Surg 1973; 60:293-299.

50-Ellis H,Harison W,Hugh TB.

The healing of Péritoneum under normal and pathological conditions.

Br j surg 1965; 52:471-476.

51-Mutsaers SE,Whitaker D,Papadimitriou JM.

Mesothélium regeneration is not dependant on subserosal cells.

J.Path 2000, 190:86-92.

56-Hills BA.

Role of surfactant in péritoneal dialysis.

Peri dial Int 2000; 20:503-515.

52-Haney AF,Doty E.

The formation of coalescing péritoneal adhesion requires injury of both contacting peritoneal surfaces.

Fertil steril 1994; 61:765-775.

53-Duron JJ, Kelani K.

Doit-on fermer la séreuse péritonéale ?

Ann.chir 1996; sup 1:50.

59-Balthazar E, Birnbaun B, Megibow A, Gordon B, Whelan C.

Closed-loop and strangulating intestinal obstruction: CT Signs.

Radiology 1992; 185:769-75.

54-Gupta H,Dupy D.

Advances in imaging of the acute abdomen.

Surg North Am 1997; 77:124-63.

55-Zerey M,Sechrist CW,Kercher KW,Sing RF,Matthews BD,Heniford BT.

Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction.

Am surg 2007 ; 73(8) :3-8.

A56-La Gamma A, LETOQUART JP, KUNIN N, CHAPERON J.MAMBRINI. Les occlusions du grêle par brides et adhérences. Analyse sur 157 cas opérés.

J.Chir 1994,131 :279-284.

56-JOHANET H, TRAXER O, MANCEAU, CAZIN S.CHOSIDOW D.MARMUSE J.P et coll.

Occlusion aigues du grêle par bride et adhérences. Indications etb résultats.

Ann Chir.1999, 53:864.

57-MONTZ FJ, HOLDS NEIDER CH, SOLH S, SCHRURICH LC, MONTK BJ.

Small bowel obstruction following radical hysterectomy: risk factors, incidence and operative findings

Gynecologic oncology 1994, 53:114-120.

58-Canis M, Botchorihvilli R,Wattiez A,Rabischong B,Houille C,Mage G,Pouly JL,Manhes H,Bruhat MA.

Prévention des adhérences péritonéales.

J.gynecol obstet Biol Reprod 2001; 30:305-324.

59-Homdahl L, Ericksson L, Ericksson Bl, Risberg B.

Depression of peritoneal fibrinolysis during surgery is a local reponse to trauma.

Surgy 1998 ; 123 :539-544.

60- Contamination per opératoire de la cavité péritonéale par des micros corps étrangers.

Chirurgie 1996 ; 121 :175-180 .

61-Duron JJ, Olivier L, Khosrosrovani C, Gineste G, Jost JL, Keilani K.

Histoire naturelle des adhérences intra-péritonéales post-opératoires : une question vraiment à l'ordre du jour.

J.Chir.1993 ; 130 :385-390.

ANNEXES

VIII. ANNEXES

Occlusions intestinales aiguës

FICHE D'ENQUETE

I / Les données administratives

1 Numéros fiche d'enquête : _____/_____/_____/

2 – Numéros de dossier : _____/_____/_____/

3 – Date de consultation : _____/_____/_____/

4 – Nom et Prénom : _____/_____/_____/

5 – Age

6 – Sexe : 1 = M 2 = F

7 – Adresse habituelle :

8- Contact à Bko..... /...../...../

9-Provenance/...../...../

1 – Kayes 4 – Ségou 7 – Gao 9 – Ind
2 – Koulikoro 5 – Mopti 8 – Kidal
3 – Sikasso 6 – Tombouctou 10 – Bamako

10 – Nationalité :

1 – Malienne 2 – Autres

10 a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/

11 – Adressé par : -----/-----/-----/

1 – Venu de lui-même 2 – Médecin 3- Infirmier
4 – Étudiant 5 – Autre 6 – Indéterminé

11a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/

12 – Principale activité :

1 – Cadre supérieur 2 – Cadre moyen 3 – Commerçant
4 – Ouvrier 5 – Cultivateur 6 – Manœuvre
7 – Élèves/Étudiant 8 – Autre 9 – Indemnité

12 a – si autre à préciser :

13 – Ethnie

1 – Bamanan 2 – Malinké 3 – Peulh
4 – Sonrhäï 5 – Sarakolé 6 – Sénoufo
7 – Minianka 8 – Bobo 9 – Touareg
10 – Dogon 11- Autres 12-Indéterminé

13a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/

14 - Mode de recrutement :

1 – Urgence 2 – Consultation normale

15 – Date d'entrée -----/...../...../

16 – Durée d'hospitalisation pré op : _____/_____/_____/

17 – Date de sortie : _____/_____/_____/

18 – Durée d’hospitalisation totale : _____/_____/_____/

19 – Durée d’hospitalisation post- opératoire : _____/_____/_____/

20 – Catégorie d’hospitalisation : _____/_____/_____/

1 – Première catégorie 2 – Deuxième catégorie

3 – Troisième catégorie 4 – Quatrième catégorie

II /EXAMEN CLINIQUE :**A/INTROGATOIRE :**

21-Motif de consultation -----/-----/-----/

1-Douleur abdominale

2-Arrêt de matières et de gaz.

3-Vomissement

4-Arrêt de matière

5=1+2

6=1+3

7=1+4

8=1+2+3

10=2+3

11=3+4

12=1+2+4

13-Autres 99-

Indéterminée

21a-Si autre à préciser -----

22 – Siège de la douleur-----/...../...../

1 – FID

2 – Hypogastre

3 –FIG

4- Flanc droit 5 –

Flanc gauche

6 – Péri ombilicale

7 – Hypochondre 8 – Épigastre

10 – Hypochondre gauche

11 – Diffuse

12 = 1 + 3 13 =4 + 5

14 = 7 + 10

15 – Autres

99 – Indéterminé

22a – Si autre, à préciser.....

23 – Durée d’évolution de la maladie :

1= 0 – 6 h 2 = 7 – 12 h 3 = 13 – 18 h 4 = 19 – 24 h 5 = 2 – 3 J

6 = 4 – 7 J

24 - Le début...../...../...../

1 – brutal

2 – progressif

3 – Autres

9 – Indéterminé

25– Type de la douleur...../...../...../

1 – brûlure

2 – Piquûre

3 – Torsion

4 – Pesanteur

5 – Colique

6 – Crampe

7 – Autres

9 – Indéterminé

25 a – Si autre précis..... ;

26 – Irradiation : -----/-----/-----/

1 – Organes génitaux

2 – Périnée

3 –Dos

4 – Membres inférieurs

5– Membre supérieur

6 – Sans irradiation

7-Diffuse

8 – Autres

9-Indéterminée

26a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/

27 – Durée d’une crise...../...../...../

1 = 0 à 6 h

2 =7 à 12 h

3 =13 à 18 h

4 =19 à 24 h

5 =2 à 3 J

6 : supérieure à 3J

7 : Autres

9 –Indéterminée

- 28a-Si autres à préciser -----
- 28- Évolution de la douleur-----/-----/-----/
 1 – Douleur permanente 2 – Intermittente 3 – Autre 9 – Indéterminée
- 29-Facteurs déclenchant -----/-----/-----/
 1-Absent 2-Effort 3-Faim
 4-Repas 5-Autres 9-Indéterminée
- 29a-Si autres à préciser : -----
- 30-Facteurs calmants : -----/...../...../
 1-Absents 2-Médicaments 3-Position
 antalgique
 4-Ingestion d'aliment 5-Vomissement 6-Autres
 9-Indéterminée
- 30a-Si autres à préciser : -----
- 31-Arrêt de matières...../...../...../
 1-Absents 2-Durée : moins de 24 h 3-Durée
 24Hà48H
 4-Durée : 48Hà72H 5-Durée : plus de 72H 6-Autres
 9-Indéterminé
- 31a-Si autres à préciser.....
- 32-Arrêt de gaz...../...../...../
 1-Absent 2-Durée moins de 6H 3-Durée moins
 de 24 h
 4-Durée : 24Hà48H 5-Durée : 48Hà72H 6-Durée : plus
 de 72H
 7-Autres 9-Indéterminé
- 32a-Si autres à préciser.....
- 33-Vomissements...../...../...../
 1-Absents 2-Alimentaires 3 – Bilieux
 4 – Fécaloïdes 5 – Précoces 6 – Tardifs
 7-Abondants 8-Peu abondants 9-
 Indéterminés 10= 4 + 5 11= 4 + 6 + 8
 12-3 + 6 + 8
 13= 11 + 7 + 10 14-Autres
- 33a-Si autres à préciser.....
- 34 – Autres signes : -----/-----/-----/
 1 – Pas de trouble 2 – Nausées 3 – Diarrhée
 4 – Constipation 5 – Rectorragie 6-Méléna
 7-Hématémèses 8-Autres 9-Indéterminés
- 34a-Si autres à précis...../
- 35 – Signes urinaires : -----/-----/-----/
 1 – Pas de trouble 2 – Pollakiurie 3 – Brûlures mictionnelles 4 – Dysurie

- 5 – Hématurie 6 – Pyurie 7 = 3 + 5 8 = 3 + 6 10 = 2 + 4 11 –
Autres
- 99 – Indéterminé
- 35a-Si autres à préciser.....
- 36–Signes gynéco-obstétriques : -----/-----/-----/
1 – Pas de trouble 2 – Aménorrhées 3 – Leucorrhées 4 - Métorragie
5 – Prurit vulvaire 6 – Dyspareunie 7 – 2 + 3 8 – 2 + 4 10 – 3 + 5
11 – Autres 99– Indéterminés
- 37 – Autres signes associés : -----/-----/-----/
1 – Pas d’autres signe s 2 - Fièvre subjective 3 – Sueurs
froides
4 – Frissons 6 – Amaigrissement 7-Asthénie
7-Toux 8-(3+7) 9-Indéterminés
10 – Autres
- 37a-Si autre à préciser.....
- Traitement reçu avant l’entrée à l’hôpital**
- 38 - Médical : -----/-----/-----/
1 – Oui 2-Non
- 39- Prescription : -----/-----/-----/
1 – Antalgique 2 – Anti-inflammatoire 3 – Antibiotique
4- Antiparasitaire 5 = 1 + 3 6 = 1 + 4 7 = 2 + 3
8=5+6 10 – Autres 99 – Indéterminée
- 39a-Si autre à préciser.....
- 40 – Durée moyenne du traitement : -----/-----/-----/
1 – (0 - 12 h) 2 – (13 - 24 h) 3 – (2 - 3 J) 4 – (4-5 J)
5-(6à7J) 6-Plus de 7J 9-Indéterminée
- 41 – Évolution avec le traitement reçu : -----/-----/-----/
1 – Sans amélioration 2 – diminue la douleur 3 – Sédation temporaire de
la douleur 4 – Espacement des crises 5 – Autre 9 –
Indéterminée
- 41a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/
- 42- Traitement traditionnel : -----/-----/-----/
1 – Oui 2 – Non
- 43 – Évolution avec le traitement traditionnel reçu : -----/-----/-----/
1- Sans amélioration 2 – Diminue la douleur 3 – Sédation temporaire
de la douleur 4 – Espacement des crises 5 – Autre 9 –
Indéterminée
- 43a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/
- Antécédents :**
- 44 - Médicaux : -----/-----/-----/

- 1 – Constipation 2 – Parasitoses intestinales 3 – Sub-occlusion
 4 – Asthme 5- Cirrhose hépatique 6 – Diabète
 7 – UGD 8 – HTA 10 – Drépanocytose
 11 – Autres 99 – Indéterminés 12-RAS
 44a Si autre à préciser : -----/-----/-----/
 45 – Chirurgicaux -----/-----/-----/
 1-Appendicite 2-Occlusion intestinale 3-Césarienne
 4-Prolapsus rectal 5-Hernie 6-GEU
 7-Fibrome utérin 8-Tumeur abdominale 10-Péritonite
 11-Autres 99-Indéterminé
 45a-Si autre à préciser.....
 46-Opérateur...../...../...../
 1-Infirmier 2-Médecin généraliste 3-DES
 4-Médecin spécialiste 5-Autres 9-Indéterminé
 46a Si autre à préciser.....
 47-Durée entre l'intervention initiale et l'apparition de l'occlusion...../.....
 1-(0à6mois) 2-(7à12mois) 3-(13mois à 5ans)
 4-(5ansà10ans) 5-Plus de 10ans 9- Indéterminée
 48-Lieu de l'intervention...../...../...../
 1-Centre de santé 2-Hôpital 3-Clinique
 4-Autre 9-Indéterminé
 48 a – Si autre à préciser : -----/-----/-----/

Examen

Signes généraux

- 49 – État général : -----/-----/-----/
 1 – ASA I : Patient normal en bonne santé
 2 – ASAII : Existence d'une maladie à retentissement faible ou modérée
 3 – ASAIII : Existence d'une maladie limitant l'activité sans être invalidante
 4– ASAIV : Existence d'une maladie invalidante mettant la vie en danger
 5– ASA V : Malade moribond
 50-Peau et phanère...../...../...../
 1-Colorées 2-Pâles 3-Très pâle 4-Sub-ictère
 4-Ictère 9-Indéterminée 5-Autres
 50a Si autre à préciser.....
 51 – Température en degré Celsius : -----/-----/-----/
 1-Maximale 2-Minimale 9-Indéterminée
 52- Pouls (batt/mn) -----/-----/...../
 53-Tension artérielle (mmhg) :-----/...../...../
 54- Fréquence respiratoire (cycle/mn) : -----/...../...../
 55-Signes de déshydratation (langue, téguments, faciès)..../...../...../

6-Flanc gauche 7-Hypochondre droit 8- Hypochondre gauche
 10-péri-ombilicale 11-diffuse 12-Autre 99-indéterminé.
 65a- Si autre, à préciser : -----/-----/

Masse abdominale

66-Siège...../...../...../
 1-FID 2-FIG 3-Epigastre 4-Hypogastre 5- Flanc
 droit
 6-Flanc gauche 7-Hypochondre droit 8- Hypochondre gauche
 10-péri-ombilicale 11-diffuse 12-Autre 99-indéterminé.

66a- Si autre, à préciser : -----/-----/

67-les Limites -----/-----/

1-régulières 2- irrégulières

68- Dimensions (en cm)

69-Consistan...../...../...../

1 molle 2- ferme 3- dure 4-Autre 9-indéterminée

69a – Si autre, à préciser : -----/-----/

70-Mobilité par rapport au plan profond...../...../...../

1-mobile 2-Non 9-Indéterminée

71-Mobilité par rapport au plan superficiel : -----/-----/

1-mobile 2-Non 9-Indéterminée

72- Masse indolore : -----/-----/

1- Oui 2-Non

Percussion abdominale.

73-Tympanisme abdominal : -----/...../...../

1- Absent 2 –Diffus symétrique 3 –Diffus asymétrique

4 –Localisé 5- Autre 9 – Indéterminé

73 a – Si autre, à préciser : -----/-----/

74-Matité préhépatique...../...../...../

1-Conservée 2-Abolie 9-Indéterminée

74a-Si autre à préciser.....

Auscultation abdominale.

75-Bruits hydroaérique...../...../...../

1-Normaux 2-Tympaniques 3-Silence abdominal

4-Autres 9—Indéterminés

75a- Si autre, à préciser : -----/-----/

Toucher rectal

76 –Ampoule rectale : -----/-----/

1 – Vide 2 – Présence de selles 3 – Présence d’une masse

4- Écoulement sanguin 5-Autres 9-Indéterminée

76a- Si autre, à préciser : -----/-----/

77-TR douloureux...../...../...../

1-Oui 2-Non 3-Autres 9-Indéterminé

- 77a-- Si autre, à préciser : -----/-----/
 78-Sphincter..... /...../
 1-Tonique 2-Lâche 3-Autres 9-Indéterminé
 78a- Si autre, à préciser : -----/-----/
 79-Doigtier..... /...../
 1-Propre 2-Souillé de selles 3-Présence de sang
 4-Traces de selles 5-Autres 9-Indéterminé
 79a- Si autre, à préciser : -----/-----/

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Bilan sanguin

- 80– Hémoglobine : -----/-----/
 1 - < 11 g/dl 2 – Compris entre 11 et 17 g/ dl 3 - > 17 g/ l 4 –
 Non fait
 81- Hématocrite..... /...../
 1 - <35% 2 – Compris entre 35 et 50% 3 - > 50% 4 –
 Non fait
 82– Groupe sanguin et rhésus : -----/-----/
 1- A + 2 – A - 3 -B + 4-B- 5 -AB+ 6 AB – 7 – O+ 8-O- 9-
 Non fait
 83 – Vitesse de Sédimentation : -----/-----/
 1 – Normale 2 – Basse 3 – Elevé 4 – Non faite
 84- TS, TC ou TCK : -----/-----/
 1 – Normale 2 – Bas 3 – Elevé 4 – Non fait
 85 – TP : -----/-----/
 1 – Normale 2 – Pathologique 3 – Non fait

Imageries

- 86 – ASP : -----/-----/
 1 – Non faite 2 – Normale 3 – Croissants gazeux
 4 – Niveaux hydroaériques plus hauts que larges 5-Grisailles
 6 – Niveaux hydroaériques plus larges que hauts 7-Opacités
 8 – Niveaux hydroaériques mixtes 10 – Croissant
 gazeux
 11 – Autres 99 – Indéterminé
 86a – Si autre à préciser : -----/-----/
 87 – Échographie : -----/-----/
 1 – Non faite 2 – Normale 3 – Pathologie hépatique :
 4 – calcul des voies biliaire 5-Ascite
 6-Masse annexielle 7 – masse utérine

10 – autres 8-Pathologie rénale 99-indéterminée
 87 a – Si autre, à préciser : -----/-----/
 88 – Transit du grêle : -----/-----/
 1 – Non fait 2 – Normal 3 – Anomalie
 88a – Si anomalie, à préciser : -----/-----/
 89 – Scanner : -----/-----/
 1 – Non fait 2 – Normal 3 – Anomalie
 89a– Si anomalie, à préciser : -----/-----/

DIAGNOSTIC

90 – Diagnostic pré opératoire : -----/-----/-----/
 1-Occlusion intestinale 2-Occlusion du grêle 3-Occlusion
 colique
 4-Volvulus du sigmoïde 5-Péritonite 6-Tumeur
 abdominale
 7-Occlusion par bride et/ou adhérence 8-Autres
 9-Indéterminé
 90a- – Si autre à préciser : -----/-----/-----/
 91- Diagnostic peropératoire : -----/-----/-----

REANIMATION

92-Réanimation préopératoire...../...../...../
 1-Perfusion de sérum 2-Lavement évacuateur
 3-Antibiotiques 4-Aspiration gastrique 5-Macromolécules

6-Sonde nasogastrique 7-Sonde rectale 8-Sang
 10=1+2 11=1+3 12=1+2+3+4+5
 13=2+3 14=2+5 15=1+5
 16=1+2+5 17=1+8 18=1+7
 19=1+2+3 20=1+2+3+7 21=1+2+3+8
 22-Autres 99-Indéterminée

92a– Si autre, à préciser :

93-Durée de la réanimation préopératoire...../...../...../
 1 = 0 – 30 mn 2 =31 – 60 mn 3 = 1 – 2 h 4 - >
 2h

5-Autres 9-Indéterminée

93a– Si autre, à préciser :

CONSTATATION PEROPÉRATOIRE ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

94-Etat du Grêle _____/_____/____/

1-Normal 2-Infarcis 3-Hyperhémie
 4-Nécrosé 5-Perforé 6-Autres
 7=4+5 9-Indéterminé

94a– Si autre, à préciser :

- 95–Technique opératoire:...../...../...../
 1-Section de bride/adhésiolyse
 2-Résection anastomose immédiate 3-Résection et dérivation
 4-cure herniaire 5-Autres 9-Indéterminé
 Si autre, à préciser :.....

SUITES OPERATOIRES

- 96 – Au cours de la première semaine :...../...../...../
 1 – Simples 2 – Compliquées
 96a – Si compliquées :...../...../...../
 1 – Hémorragies 2 – Abscès de paroi 3 – Fistule digestive 4 –

Retard

- de Cicatrisation 5 – Événtration 6 – Éviscération 7 – Formation de
 cicatrices chéloïdiennes – 8 – Granulomes sur fils 10 –
 Récidives

- 11 – Décès :.....

11 a – Avant l'intervention

11b-Au cours de l'intervention

11 c – Après l'intervention

12 – Autre 99 – Indéterminée

96b – Si autre, à préciser :.....

97-Au cours du premier mois...../...../...../
 1 – Simples 2 – Compliquées

97a – Si compliquées :...../...../...../
 1 – Hémorragie 2 – Abscès de paroi 3 – Fistule digestive 4 – Retard de

- cicatrisation 5 – Événtration 6 – Éviscération 7 – Formation de cicatrices
 chéloïdiennes

8 –Granulomes sur fils 10 – Récidives

11 – Décès :.....

11a – Avant l'intervention

11b – Au cours de l'intervention

11c - Après l'intervention

12 - Autre, 99 - Indéterminées

98- Suites opératoires à 6 mois :...../...../...../
 1 – Simples 2 – Compliquées

98 a - Si compliquées :.....

- 1 – Hémorragie 2 – Abscès de paroi 3 – Fistule digestive 4 – Retard de
 cicatrisation

5 – Événtration 6 – Éviscération 7 – Formation de cicatrices chéloïdiennes

8 – Granulomes sur fils 10 - Récidives

11– Décès :.....

11a – Avant l'intervention

11b – Au cours de l'intervention

Fiche signalétique :

Nom : Sacko

Prénom : Moussa

Adresse :

- Tel : 76210974

- Email : sackomoussaz@yahoo.fr

Titre : Occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie A
CHU du Point G.

Année : 2009 - 2010

Pays d'origine : MALI

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie A CHU du Point G.

RESUME :

De janvier 2004 à décembre 2008, soit une période de 5 ans, ont été colligés dans le service de chirurgie A CHU Point G, 117 dossiers de malades pour lesquels le diagnostic a été en rapport avec une occlusion intestinale aiguë. Les 117 patients ont été repartis entre 78 hommes (66,7 %) et 39 femmes (33,3 %). Le sex-ratio a été de 2 en faveur des hommes. Les âges extrêmes variaient entre 2 ans 8 mois et 82 ans avec une moyenne d'âge de 38,32 ans. La tranche d'âge de 20 à 40 ans a été la plus touchée (55,6%). Les principales causes d'occlusion ont été les brides adhérences (43,59 %), le volvulus du sigmoïde (26,50 %) et les tumeurs grêlo-colorectale (10,26%).

Trois modalités thérapeutiques ont été les plus fréquemment utilisées :

- La section des brides et adhésiolyse dans 50 cas soit 42,74 %
- La résection et anastomose immédiate dans 28 cas soit 23,93 %
- La résection anastomose et dérivation dans 22 cas soit 18,80 %

Le taux de mortalité a été de 5,6 % . Cette mortalité élevée est attribuée au retard dans la consultation.

Mots clés : Occlusion, Urgence, ASP, stomie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE!!!!!!